

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1924

THÈSE

N°

189

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

PAUL REINHOLD

Né le 28 Février 1894 à Reims (Marne)

Aide d'Anatomie et Interne des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES

Facteurs de récidives postopératoires
du cancer rectal

L'exérèse de la gaine fibreuse du rectum

Président de thèse : M. le Professeur CUNÉO

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1924



THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1924

THÈSE

N^o
189

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

PAUL REINHOLD

Né le 28 Février 1894 à Reims (Marne)

Aide d'Anatomie et Interne des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Facteurs de récidives postopératoires
du cancer rectal

L'exérèse de la gaine fibreuse du rectum

Président de thèse : M. le Professeur CUNÉO

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1924



LE DOYEN . . . M. ROGER.

I. PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	BROCA (Auguste)
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

ABRAMI.....	Pathologie médicale.
ALGLAVE.....	Pathologie chirurgic ^{1e} .
AUBERTIN.....	Pathologie médicale.
BASSET.....	Pathologie chirurgic ^{1e} .
BEAUDOUIN.....	Pathologie médicale.
BINET.....	Physiologie.
BLANCHETIERE.....	Chimie biologique.
BRANCA.....	Histologie.
BRULÉ.....	Pathologie médicale.
BUSQUET.....	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT.....	Pathologie chirurgic ^{1e} .
CHAMPY.....	Histologie.
CHIRAY.....	Pathologie médicale.
CLERC.....	Pathologie médicale.
DEBRÉ.....	Hygiène.
J. de JONG.....	Anatomie pathologique
DUVOIR.....	Médecine légale.
ECALLE.....	Obstétrique.
FIESSINGER.....	Pathologie médicale.
FOIX.....	Pathologie médicale.
GARNIER.....	Pathologie expériment.
HARVIER.....	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER.....	Urologie.
HOVELACQUE.....	Anatomie.
JOYEUX.....	Parasitologie

MM.

LABBÉ (Henri)...	Chimie biologique.
LARDENNOIS.....	Pathologie chirurgic ^{1e} .
LE LORIER.....	Obstétrique.
LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie
LEMIERRE.....	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL.....	Obstétrique.
LHERMITTE.....	Pathologie mentale.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MATHIEU.....	Pathologie chirurgic ^{1e} .
METZGER.....	Obstétrique.
MOCQUOT.....	Pathologie chirurgic ^{1e} .
MONDOR.....	Pathologie chirurgic ^{1e} .
MOURE.....	Pathologie chirurgic ^{1e} .
MULON.....	Histologie.
PHILIBERT.....	Bactériologie.
RIBIERRE.....	Pathologie médicale.
RICHET Fils.....	Physiologie.
ROUVIÈRE.....	Anatomie.
STROHL.....	Physique médicale.
TANON.....	Pathologie médicale.
TIFFENEAU.....	Pharmacologie et matière médicale.
VAUDESCAL.....	Obstétrique.
VERNE.....	Histologie.
VILLARET.....	Pathologie médicale.
WELTER.....	Ophthalmologie.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GAMUS.....	Physiologie.
GOUGEROT.....	Pathologie médicale.
GUÉNIOT.....	Obstétrique.

MM.

RETTERER.....	Histologie.
ROUSSY.....	Anatomie pathologique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.	OMBRÉDANNE...	Clinique chirurgicale infantile.
CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale.	PROUST.....	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE..	Clinique médicale.	RATHERY.....	Clinique médicale.
LEREBoullet..	Clinique médicale infantile.	SCHWARTZ.....	Clinique chirurgicale.
LÉRI.....	Clinique médicale.	TERRIEN.....	Clinique ophtalmologie.
LœPER.....	Clinique médicale.		

V. CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé...	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
N... ..	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERNARD CUNEO

Qui nous a inspiré ce travail.
Hommage de profonde reconnaissance
et de très respectueuse affection,

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ

MONSIEUR LE PROFESSEUR NICOLAS;

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ROUVIERE;

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HOVELACQUE,

A NOTRE MAITRE
A L'AMPHITHÉÂTRE DES HÔPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEBILEAU

A NOS MAITRES DES HOPITAUX

Stagiaires :

1912-1913. — M. le Professeur VAQUEZ; M. le Professeur agrégé AUBERTIN; M. le Docteur LAUBRY.

Externat :

1913-1914. — M. le Docteur BRUHL.

1914. — M. le Docteur PICQUÉ (*in memoriam*).

1920. — M. le Professeur agrégé MACAIGNE.

Internat :

1920-1921. — M. le Docteur SOULIGOUX.

1921-1922. — M. le Professeur B. CUNÉO; MM. les Docteurs PICOT et TOUPET.

1922-1923. — M. le Professeur agrégé LENORMANT;
M. le Professeur agrégé MOURE.

1923-1924. — M. le Professeur agrégé GRÉGOIRE.

MM. les Professeurs agrégés SCHWARTZ ; OKINCZYC ;
MONDOR.

MM. les Docteurs R. MONOD; R. MOREAU; L. LYON-CAEN,



INTRODUCTION

Les nombreuses publications parues depuis l'origine de l'opération combinée montrent une amélioration certaine des résultats éloignés dans l'exérèse du cancer du rectum. Il existe de nombreux cas de guérison durable, que l'on peut considérer comme définitive. Cependant les récurrences sont encore fréquentes à plus ou moins brève échéance. La raison de ces récurrences est très difficile à élucider. Les malades sont difficilement suivis; lorsqu'une récurrence se produit, ils reculent, le plus souvent, devant un nouvel examen, une nouvelle opération, ce qui restreint d'une façon considérable nos connaissances d'anatomie pathologique, sur le siège de début des récurrences, point essentiel de la question.

Tous les auteurs sont d'accord pour placer cette récurrence dans le tissu cellulaire pelvien. Pétersen et Colmers, sur 38 cas, montrent 19 cas de récurrence dans le tissu cellulaire pelvien, avec envahissement de la vessie, de la prostate, du vagin, et surtout de la cloison recto-vaginale.

Nous pensons qu'on ne doit pas homologuer, quant aux possibilités de récurrences, un cancer recto-sigmoï-

dien haut situé et un cancer de la portion sous-péritonéale du rectum. Le premier ressemble beaucoup par certains côtés à un cancer du côlon; le second, par l'invasion primitive des troncs lymphatiques, infiltre d'emblée le tissu cellulaire du bassin. Il est vrai que dans les cancers haut situés, les récidives ont été également constatées dans l'atmosphère péirectale. Les travaux de MM. Hartmann et Mondor ont montré que cette récidive pelvienne n'était que la continuation d'un processus néoplasique au niveau du hile rectal devenu pelvien par l'abaissement.

Les techniques nouvelles tendent d'ailleurs à une plus grande extension circonférentielle de l'exérèse. L'école lyonnaise, avec MM. Goullioud, Tixier, Albertin, Chalié, échelonna des techniques qui avaient surtout en vue la commodité opératoire. M. Anselme Schwartz, en 1920, posa la question devant la Société de Chirurgie de Paris, établissant en ce qui concerne la femme, une technique d'opération élargie. Il visait, dans ses conclusions, l'exérèse large, comprenant la paroi vaginale postérieure, dans les cas de cancer antérieur du rectum sous-péritonéal. M. le Professeur Cunéo nous a chargé d'étudier cette question des récidives, orientant nos recherches.

Nous essaierons de préciser ce qu'il faut entendre sous le nom d'exérèse circonférentielle large, montrant l'importance de l'exérèse de la gaine rectale. Nous envisagerons surtout *la paroi antérieure de cette gaine*, dont l'isolement est un des temps délicats de l'intervention. Nous viserons surtout les cancers de la région

ampullaire du rectum, ou plutôt du *segment juxta-génital du rectum sous-péritonéal*.

Dans ce but, nous avons recherché quelles étaient les connexions normales entre les lymphatiques du segment génital du rectum et les lymphatiques du vagin et de la prostate. Nous nous sommes attachés particulièrement à la topographie des troncs et des ganglions par rapport à la gaine rectale. Armé de ces connaissances, nous avons pratiqué des coupes histologiques, systématiques de rectum cancéreux, recherchant l'envahissement des voies lymphatiques dont nous connaissions la topographie. Nous avons également recherché si les opérations existantes donnaient toute satisfaction dans l'exérèse de la gaine rectale. Des observations nous permettront d'admettre comme réelle l'importance de cet exérèse dans la genèse des récidives.

CHAPITRE PREMIER

RELATIONS ENTRE LES LYMPHATIQUES DE L'AMPOULE RECTALE ET LES LYMPHATIQUES DES ORGANES GÉNITAUX

Les lymphatiques du rectum sont bien connus, mais leur topographie et leurs connexions avec les lymphatiques du vagin et de la prostate ne sont que signalées par Morau et Poirier. Nous avons essayé de préciser *la topographie de ces lymphatiques* et nous avons recherché les *connexions* qui existaient entre le territoire lymphatique rectal et le territoire génital.

Technique. — Nos recherches ont porté sur 35 pièces de nouveau-nés et d'enfants. Nous avons pratiqué deux séries d'injections :

1° Par piquûre de la face antérieure de l'ampoule rectale;

2° Par piquûre des organes génitaux contigus.

Les injections ont été pratiquées avec la masse de Gérota sur sujets frais et les dissections faites après

fixation au formol à 10 %. Pour exposer la face antérieure du rectum, nous avons enlevé l'os iliaque du côté droit et nous avons mis à nu la lumière rectale par incision au milieu de la face postérieure du rectum. Nous avons pu, ainsi, conserver tout le tissu cellulaire pelvien et pratiquer nos piqûres sur la face antérieure de l'ampoule rectale dans son segment génital. Les piqûres n'ont intéressé que la muqueuse.

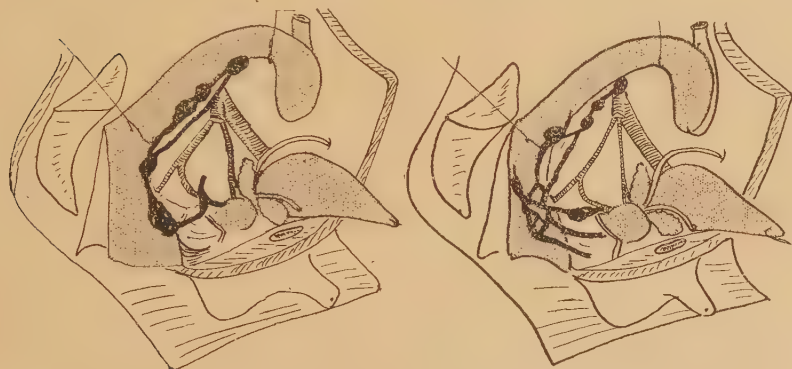
L'injection du territoire lymphatique est assez difficile à obtenir, et nous avons pu noter, que lorsque nous poussions une masse abondante, nous avions de belles injections à distance, tronculaires et ganglionnaires, mais facilement un étalement dans la région juxtarectale. Au contraire, les injections peu poussées donnaient de fins détails pour l'origine des canaux collecteurs, mais les troncs allaient jusqu'aux ganglions sans parfois les injecter. Certains résultats favorables nous ont permis de tenir compte de tous les cas injectés.

INJECTIONS RECTALES

A) Injection du segment génital de l'ampoule chez 9 sujets mâles.

ORIGINE DES TRONCS. — Par piqûre de la muqueuse, l'injection diffuse en réseau très dense excentrique-ment; par place des troncs intra-muqueux diffusent en étoile, très marqués vers le haut, moins vers le bas; la diffusion circulaire existe mais moins nette.

PLEXUS PRÉRECTAL, ORIGINE DES COLLECTEURS. — Sur la face antérieure du rectum, *dans sa gaine*, se trouve un fin réseau lymphatique disposé latéralement en mailles longitudinales; à ce niveau existent des petits nodules, 4 à 5 échelonnés en hauteur et qui constituent les ganglions pararectaux décrits par Gérota.



Dissection du côté gauche des sujets.

FIG. 1. — A gauche : Plexus lymphatique prérectal séparé de la prostate par l'aponévrose de Denonvilliers : 1° Il émet des collecteurs supérieurs vers la voie hémorroïdale supérieure : un de ces collecteurs ne s'interrompt pas dans les ganglions hémorroïdaux supérieurs mais gagne directement un ganglion de l'S iliaque ; 2° Latéralement la voie hémorroïdale moyenne dans l'épaisseur des lames sagittales gagne les ganglions hypogastriques (non injectés) ; elle reçoit un collecteur prostatique. A droite. Même disposition générale. Le plexus prérectal est plus étalé. *En aucun point l'aponévrose de Denonvilliers n'est perforée par les troncs lymphatiques.*

Ces nodules sont réunis par de petits troncs intermédiaires. *Le plexus prérectal ne pénètre en aucun point au travers de l'aponévrose de Denonvilliers* et il n'y a aucun lymphatique injecté sur la face postérieure de la prostate à sa partie centrale (Fig. 1) (7 cas).

COLLECTEURS. — Nous pouvons distinguer différents groupes :

1° COLLECTEURS SUPÉRIEURS : VOIE HÉMORROÏDALE
SUPÉRIEURE

Le long de la face antérieure du rectum, près des bords latéraux, existent deux groupes de un à trois collecteurs qui montent le long des branches de division antérieures de l'artère hémorroïdale supérieure. Ces troncs s'interrompent partiellement dans des nodules interrupteurs et se réunissent en un faisceau de 2 à 3 troncs satellites de la branche antérieure et gauche de l'hémorroïdale supérieure. Au point où l'artère hémorroïdale va se bifurquer, se trouvent habituellement 3 ganglions dont un assez gros. Les troncs lymphatiques s'interrompent en majorité dans ce ganglion : mais nous avons vu des ganglions du mésosigmoïde se trouver injectés par un tronc, ne subissant aucune interruption dans le groupe hémorroïdal supérieur. Ces ganglions supérieurs ne sont que la continuation des ganglions juxta-intestinaux ; topographiquement, ils sont plutôt latéro-rétro-rectaux que rétro-rectaux. Ils correspondent à la région du promontoire (5 cas).

2° COLLECTEURS LATÉRAUX : VOIE HÉMORROÏDALE
MOYENNE

Latéralement, le plexus répond à la portion rectale des lames sagittales. Ces lames sagittales sont très

visibles chez le fœtus et contiennent toujours dans leur épaisseur une petite artère qui est le plus souvent (27 cas) une branche génitale de l'hémorroïdale moyenne, plus rarement une branche hémorroïdale de la génitale.

Le long de cette artère, deux à trois troncs lymphatiques s'allongent, s'interrompant parfois dans un petit nodule ganglionnaire, et le tronc se dirige toujours le long de l'artère hémorroïdale moyenne. Ils atteignent ainsi un ganglion irrégulièrement placé le long du trajet de cette artère, plus ou moins postérieur; parfois, ils atteignent un ganglion très antérieur situé le long de l'artère obturatrice.

Cette voie hémorroïdale moyenne reçoit dans presque tous les cas des collecteurs prostatiques. A la partie latérale de la face postérieure de la prostate, nous avons presque toujours trouvé un petit plexus injecté situé à la portion prostatique des lames sagittales, en avant de l'aponévrose de Denonvilliers. De ce plexus partait un tronc ou deux qui, passant le long de la branche artérielle comprise dans l'épaisseur des lames sagittales allait se jeter dans le tronc lymphatique hémorroïdal moyen (8 cas).

3° COLLECTEURS INFÉRIEURS

En bas, le plexus s'étend le long des fibres musculaires lisses très développées chez le fœtus et qui relie le rectum à la région de l'urètre membraneux. On peut d'ailleurs voir une séparation de ces fibres

musculaires lisses en deux faisceaux. Les connexions des organes, rectum et urètre, sont donc assez intimes. Le long de ces fibres le plexus passe au-dessous de l'aponévrose de Denonvilliers, puis se perd d'une façon rapide sur la face postérieure de la prostate. Le plexus chemine sur la limite latérale de la face postérieure de la prostate et c'est lui qui donne origine en grande partie au collecteur collatéral que nous avons signalé à la voie hémorroïdale moyenne.

*B) Injection du segment génital de l'ampoule
chez 11 sujets féminins.*

ORIGINE DES TRONCS. — Par piqure de la muqueuse, l'injection diffuse de la même façon que chez le sujet mâle.

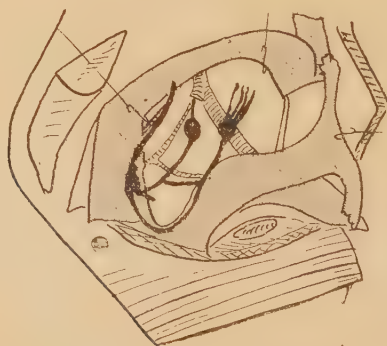


FIG. 2. — Injections rectales chez la femme (dissection du côté gauche). Du plexus prérectal partent trois efférents : 1° Supérieur (voie hémorroïdale supérieure) ; 2° Latéral (voie hémorroïdale moyenne) ; 3° Inférieur (gagnant la limite latérale de la face postérieure du vagin). Cette voie est anastomosée avec les efférents vaginaux et la voie hémorroïdale moyenne. Elle peut le suppléer. En aucun point le fascia inter-recto-vaginal n'est perforé par les troncs lymphatiques.

PLEXUS PRÉRECTAL. ORIGINE DES COLLECTEURS. — Sur la face antérieure du rectum, même disposition que chez l'homme (7 cas) (*Fig. 2*).

COLLECTEURS SUPÉRIEURS : VOIE HÉMORROÏDALE SUPÉRIEURE. — Disposition identique à celle constatée chez le sujet mâle : la voie hémorroïdale supérieure s'injecte plus difficilement.

COLLECTEURS LATÉRAUX. — Il existe également dans l'épaisseur de la lame sagittale une artériole branche presque constante de l'hémorroïdale moyenne et allant au vagin vers la partie supérieure. C'est le long de cette branche que l'on trouve deux à trois fins collecteurs qui cheminent dans l'épaisseur des lames et s'interrompent dans un nodule très gros, parfois un vrai ganglion (*Fig. 2*).

La voie hémorroïdale moyenne chemine *satellite de l'artère* dans la base du ligament large, à sa limite postérieure; elle se poursuit dans un ganglion qui avoisine l'épanouissement de l'artère hypogastrique (2 cas). Mais souvent un tronc la continue dans l'épaisseur de la lame sagittale jusqu'au vagin; ce tronc apparaît comme une anastomose entre une voie latéro-vaginale que nous allons décrire et la voie hémorroïdale moyenne.

COLLECTEURS INFÉRIEURS. — Se disposant de la même façon que chez l'homme, le long des fibres musculaires recto-vaginales, des collecteurs passent au-

dessous du fascia-inter-recto-vaginal. Sur la ligne médiane le vagin ne présente pas de collecteurs, mais latéralement un tronc chemine à la limite de l'adhérence des lames sagittales au vagin et monte dans le ligament large jusqu'à un ganglion disposé en avant de l'origine de l'artère utérine (8 cas). Cette voie juxta-vaginale latérale émet une anastomose avec la voie hémorroïdale moyenne, et dans deux cas cette anastomose avait joué le rôle de voie principale, une fois pour le tronc hémorroïdal moyen, qui alors n'existait pas, une fois pour le tronc juxta-vaginal, qui alors n'existait pas.

INJECTIONS GENITALES

A) *Injection de la face postérieure de la prostate.*

Nous n'étudierons que les lymphatiques qui entrent en connexion avec ceux du rectum.

Lorsque l'on pousse l'injection pendant un temps prolongé, on obtient assez facilement une injection des lymphatiques rectaux. Les troncs lymphatiques collecteurs de la prostate *naissent aux angles postérieurs* de la prostate à la limite des faces latérales et postérieure par une série de quatre gros troncs moniliformes qui sont en connexion intime avec les lames sagittales prostatorectales. (Fig. 3). Le tronc collecteur commun chemine le long de la face latérale du rectum (difficile à disséquer), *dans sa gaine fibreuse*. Il se perd dans un ganglion situé proche de l'artère hémorroïdale moyenne. Au niveau du rectum de fines

anastomoses l'unissent aux troncs collecteurs rectaux. Ces troncs forment chaîne avec les ganglions pararectaux et la voie hémorroïdale moyenne. Le ganglion d'aboutissement appartient au même groupe que celui des efférents prostatiques.

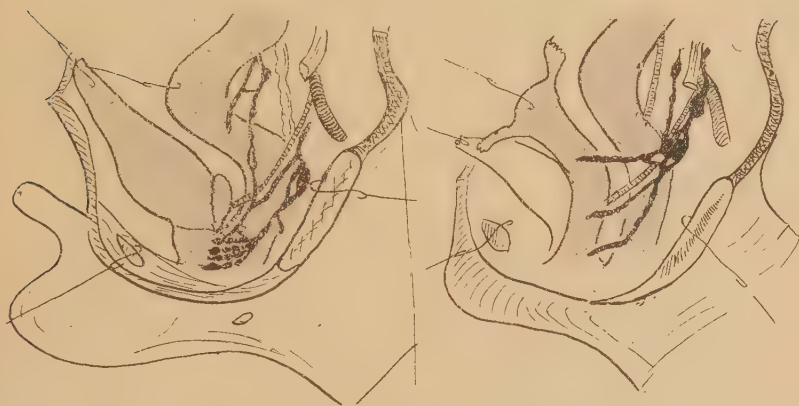


FIG. 3. — Anastomoses génito-rectales.

A gauche : Injection prostatique. Injection de la voie hémorroïdale supérieure. L'anastomose est tronculaire.

A droite : Injection vaginale. La voie hémorroïdale n'est pas injectée.

Comparer avec la figure 1 pour noter la grande différence des troncs prostatiques obtenus par piqûre du rectum ou par piqûre de la prostate.

Le plexus prérectal est mal injecté. Il n'y a aucune pénétration de tronc lymphatique au travers de l'aponévrose de Denonvilliers. Les connexions ne s'établissent qu'en bas, le long des fibres recto-urétrales, et latéralement au niveau des lames sagittales.

B) Injection de la paroi vaginale postérieure.

Les piqûres de la muqueuse sont rapidement exten-

sives en surface et donnent un riche réseau dont les troncs collecteurs partent des limites latérales du vagin. Deux ou trois troncs cheminent ainsi dans les lames sagittales, peu épaisses d'ailleurs, puis sur la gaine fibreuse latéro-rectale, et se rendent en définitive à un groupe de ganglions échelonnés aux environs de l'origine de l'hémorroïdale moyenne et de l'utérine. Il y a trop d'irrégularité pour que l'on puisse inférer d'une topographie exacte de ces ganglions. Dans un cas seulement, nous avons vu au-dessous de la lame recto-vaginale passer un tronc lymphatique remontant ensuite sur la face antérieure du rectum. Nous n'avons pas pu obtenir une injection des lymphatiques hémorroïdaux supérieurs.

CONCLUSIONS

1° *Chez l'homme.* — En avant de la portion génitale du rectum, entre lui et l'aponévrose de Denonvilliers, existe un plexus lymphatique serré. Celui-ci s'allonge latéralement en deux troncs qu'interrompent des petits nodules (nodules décrits par Gérota).

Ces cordons latéraux se continuent avec les efférents supérieurs, lymphatiques hémorroïdaux supérieurs et ganglions interrupteurs, satellites des deux branches de l'artère hémorroïdale supérieure. Des troncs peuvent sans s'interrompre aller directement aux ganglions sigmoïdes. *L'aponévrose de Denonvilliers est une cloison étanche* qui n'est perforée par aucun tronc lymphatique. Mais elle est *débordée* en

bas, et surtout latéralement, par les anastomoses des troncs lymphatiques de la prostate qui cheminent dans l'épaisseur des lames sagittales vers les troncs lymphatiques hémorroïdaux moyens. *Ces troncs cheminent dans l'épaisseur des lames sagittales satellites de l'artère hémorroïdale moyenne et de sa branche génitale. C'est la voie hémorroïdale moyenne.*

2° *Chez la femme.* — La séparation est plus marquée entre le territoire vaginal et rectal, mais les territoires présentent cependant les mêmes connexions que chez l'homme, c'est-à-dire en bas et surtout latéralement, dans l'épaisseur des lames sagittales.

3° Les lymphatiques efférents en connexion intime avec les artères cheminent dans la gaine hypogastrique. Il faut comprendre parmi les lames fibreuses contenant les lymphatiques du rectum, les lames génito-rectales, la lame de Denonvilliers, la lame rétro-rectale.

Ces conclusions divergent de celle de Morau qui a vu des anastomoses directes au travers de l'aponévrose de Denonvilliers. Poirier décrit des ganglions au niveau de la lame de Denonvilliers; ce sont ces ganglions que nous avons retrouvés dans l'épaisseur des lames latérales génito-rectales. Les ganglions prérectaux situés en arrière de l'aponévrose appartiennent au groupe des ganglions décrits par Gérota.

D'autre part, l'anastomose entre la voie hémorroïdale moyenne et la voie génitale, qui déborde l'aponévrose de Denonvilliers, est minime. Elle est de

maigre importance si on la compare aux collecteurs prostatiques ou vaginaux obtenus par piqûres du vagin ou de la prostate. Par piqûres du rectum, nous n'avons pu constater en aucun cas l'injection des beaux troncs moniliformes si faciles à obtenir par piqûres de la prostate. Ces constatations nous empêchent d'admettre des connexions viscérales lymphatiques directes.

CHAPITRE DEUXIEME

VÉRIFICATIONS ANATOMO-PATHOLOGIQUES

Nous avons pratiqué des coupes microscopiques étagées et systématiques de pièces opératoires. Nous ne cachons pas les difficultés techniques de cet examen. Les coupes par congélation ne nous ont donné aucune satisfaction. Les coupes à la celloïdine ont de grands inconvénients d'ordre matériel. Nous avons pratiqué après repérage des fragments, des coupes multiples de rectum. Nous ne décrirons pas ici les résultats obtenus sur chacun des éléments, mais nous résumerons les résultats obtenus pour chaque pièce. Nous ne donnons ici que les résultats de nos examens personnels, mais nous tiendrons également compte des examens relatés dans les observations n^{os} 14, 27, 32 et 43.

Dans nos observations qui correspondent à des néoplasmes antérieurs du rectum sous-péritonéal, les propagations cancéreuses se présentent sous des modalités différentes.

Sur la région centrale médiane, le néoplasme pré-

sente son maximum d'envahissement. Cette infiltration apparaît *au ras* du tissu cellulaire enlevé. Il y a tout lieu de croire que des éléments néoplasiques restent sur place. En effet, dans les cas où l'aponévrose pré-rectale a été enlevée, on note qu'elle se laisse dissocier avant de permettre l'envahissement des tissus situés en avant d'elle. Il existe des boyaux cancéreux entre ces fibres avant que l'envahissement n'ait atteint le vagin ou la prostate. Bien que la pénétration soit très limitée, en un point précis, au travers de cette aponévrose, nous voyons des boyaux cancéreux atteindre aussitôt la sous-muqueuse vaginale. La barrière, une fois passée, la diffusion est rapide : c'est comme un liquide sous pression jaillissant par un trou du vase qui le contient.

Latéralement, vers le niveau actif de la tumeur, le tissu cellulaire présente des noyaux où l'on trouve des cellules cancéreuses soit encapsulées dans des tractus fibreux, soit centrant des amas lymphoïdes qui ne représentent sans doute qu'un premier stade d'une sclérose ultérieure de défense. Notons que ces noyaux font pédicule avec une artère, une veine et des nerfs. Autour, le tissu cellulo-adipeux est d'aspect normal.

Au niveau des régions macroscopiquement saines de la muqueuse rectale, les boyaux cancéreux atteignent la sous-muqueuse. Au-dessus, la muqueuse saine est décollée. Le néoplasme infiltre le tissu celluleux intermédiaire à la couche longitudinale et circulaire de la musculuse.

L'infiltration du tissu cellulaire existe avant les

métastases ganglionnaires et les ganglions semblent envahis de proche en proche. Cette infiltration n'est aucunement proportionnelle à la jeunesse du néoplasme. On ne peut prévoir les diffusions par l'examen clinique seul.

Si nous comparons ces résultats avec ceux que nous donne l'étude des lymphatiques de la face antérieure de l'ampoule rectale, nous voyons qu'ils sont superposables. Le *plexus lymphatique pré-rectal est une voie intense de diffusion du cancer*. Anatomiquement bridé par l'aponévrose pré-rectale, le cancer, comme le plexus, ne passe pas au travers d'elle. Mais l'atmosphère pré-rectale est rapidement envahie par les boyaux néoplasiques. Latéralement, les lymphatiques des lames sagittales peuvent être le siège de métastases et d'embolies cancéreuses.

PIECES EXAMINEES

PIECE N° 1. — Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Okinczyc. Abdomino-périnéale. Pièce fixée au formol salé après ouverture longitudinale (*Fig. 4*).

EXAMEN MACROSCOPIQUE. — Le néoplasme se présente comme une rosace de 15 cm. de diamètre située à 8 cm. de l'anus. La muqueuse limitant la périphérie de la tumeur semble macroscopiquement saine. La coupe transversale montre le néoplasme s'infiltrant sous la muqueuse qu'il décolle, envahissant comme une gale (*Fig. 5*). A la périphérie de la tumeur, le tissu cellulaire ne présente macroscopiquement aucune altération suspecte. La coupe transversale montre l'épaisseur extrême de la tumeur à sa partie antérieure contrastant avec la minime couche de tissu cellulaire qui était le maximum de ce qu'on avait pu enlever.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — Prélèvements sur quatre tranches isolées de la tumeur (*Fig. 4-5*).



FIG. 4. — Pièce n° 1 : Abdomino périnéale (M. le professeur agrégé Okinczyc) : Pièce ouverte longitudinalement en arrière. A gauche, face antérieure de la pièce. L'atmosphère rectale ne présente rien de suspect. A droite, face postérieure de la pièce. Les numéros correspondent aux tranches prélevées pour examen microscopique.

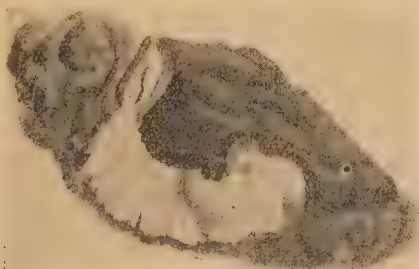


FIG. 5. — Face supérieure de la tranche 2 de la pièce I (fig. 4). Cette coupe montre l'épaisseur du néoplasme et la faible épaisseur de tissu cellulaire situé en avant du néoplasme.

A) *Prélèvements latéraux* : A la partie supérieure de la tumeur et au-dessus d'elle, le néoplasme pénétrant la paroi rectale affleure le tissu cellulaire, mais on ne trouve pas de cellules néoplasiques dans le tissu cellulaire; à la région moyenne du néoplasme, le tissu cellulaire est envahi et on trouve notamment un tronc lymphatique contenant des cellules cancéreuses. Au-

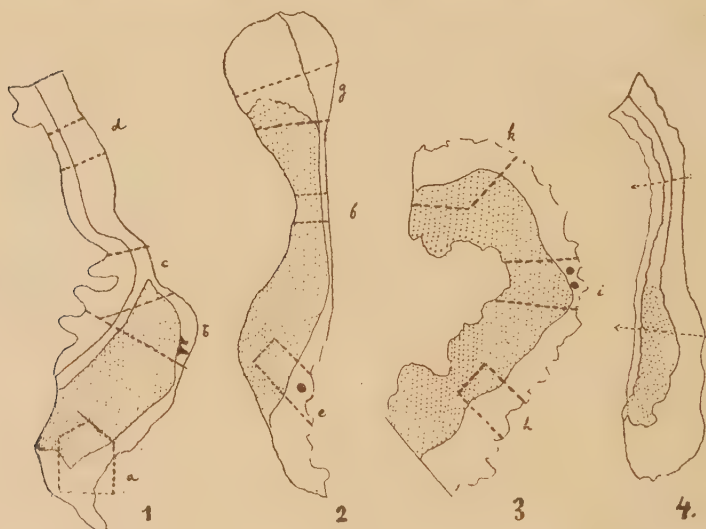


FIG. 6. — Tranches du néoplasme correspondant aux niveaux numérotés sur la figure 4. (Pièce I) (à gauche face muqueuse, à droite tissu cellulaire.) Les propagations néoplasiques sont schématisées par les taches noires : *a b c d e f g h i k*, blocs prélevés pour examen histologique.

Sur les tranches 1 et 3 le néoplasme infiltre en *b* et *i* le tissu cellulaire antérieur réduit au minimum.

tour s'organise une réaction leucocytaire de défense. Notons que l'ordination alvéolaire du néoplasme commence à s'estomper et que dans la région qui avoisine le tissu cellulaire l'on a à faire à une cancer aty-

pique; à la région inférieure de la tumeur, on ne trouve pas de néoplasme dans le tissu cellulaire du côté droit, il y en a du côté gauche.

B) *Prélèvements médians* : A tous les étages de la tumeur, le néoplasme a envahi le tissu cellulaire, particulièrement à deux niveaux (*b* et *i*, *Fig. 6*) où des noyaux cancéreux apparaissent au milieu du tissu cellulaire.

C) *Examen des ganglions hémorroïdaux supérieurs* : Début d'envahissement néoplasique.

OBSERVATION N° 1

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Okinczyk)

C... (Dominique), 56 ans. Entre dans le service pour douleurs à la défécation, hémorragies, constipation et diarrhée. Anamnèse. Le début remonte à 2 ou 3 ans. A ce moment, douleurs épigastriques considérées par un médecin comme dues à une dilatation d'estomac. Ces douleurs peu marquées sont de simples coliques; en même temps envies fréquentes d'aller à la selle, 25 fois par jour. Progressivement, les douleurs deviennent plus vives, se localisent dans le périnée et irradient aux lombes dans la bourse gauche et le membre inférieur gauche. Matières dures, petites, noires comme de la suie. Elles ont, dit le malade, la forme de petits œufs. Elles sont enrobées de glaires blanchâtres abondantes, apparaissant à chaque fois que le malade va à la selle. Une seule fois, le 24 août 1923, abondante hémorragie de sang rouge, durant 48 heures et récidivant à chaque défécation. Actuellement, douleurs périnéales vives, continues,

surtout pendant la défécation. Constipation habituelle. Aucune maladie antérieure. Père mort de vieillesse à 81 ans, Mère en bonne santé à 85 ans.

Examen : Malade amaigri, pâle, fatigué.

Toucher rectal : A 6 cm. de l'anūs, sur la paroi antérieure du rectum, on rencontre un chou-fleur occupant toute la largeur de l'ampoule, ne paraissant pas oblitérer la lumière rectale. Le doigt ne peut atteindre la limite supérieure. Quand le malade tousse, la tumeur descend, mais moins que l'ampoule rectale. La mobilité transversale sur les plans profonds est limitée. Ganglions inguinaux durs, petits, mobiles, indolents. Pointe de hernie inguinale bi-latérale.

Opération le 28 septembre 1923 : Rachistovaine.

1° Coeliotomie médiane sous-ombilicale. La tumeur siège à la jonction recto-sigmoïde, plutôt rectale que sigmoïde, cependant au-dessous du cul-de-sac péritonéal qui présente quelques sillons formés par la rétraction de la tumeur sous-jacente. Ligature de l'hémorroïdale supérieure et clivage postérieure dans la concavité sacrée jusqu'au releveur anal. En avant et latéralement, incision du péritoine et clivage vésico-rectal, qui se fait facilement jusqu'à la partie inférieure de la prostate. La tumeur adhère latéralement un peu plus au niveau des pédicules hémorroïdaux moyens et surtout à droite. Nous arrivons à lier cependant ces pédicules. Section après écrasement du colon pelvien à sa partie moyenne. Le bout inférieur est refoulé dans le pelvis et nous péritonisons à deux plans par-dessus. Le bout supérieur est passé et fixé dans une boutonnière de la paroi de la fosse iliaque gauche. Nous laissons sur ce bout l'écraseur en place pour 24 heures. Fermeture de la paroi en un plan.

2° Incision périnéale, après fermeture de l'anūs, le clivage est d'abord commencé en avant et nous rejoignons le décollement fait par l'abdomen. Section des releveurs et ablation facile et rapide de tout le rectum libéré. La cavité sous-péri-

tonéale est lavée à l'eau oxygénée, puis bourrée à la gaze iodoformée sans suture.

PIÈCE N° 2. — Recueillie dans le Service de M. le Professeur agrégé Grégoire. — Abdomino-périnéale. Fixation de la pièce au formol sans ouverture préalable de la pièce.

EXAMEN MACROSCOPIQUE. — On ne voit extérieurement aucune trace de propagation néoplasique,

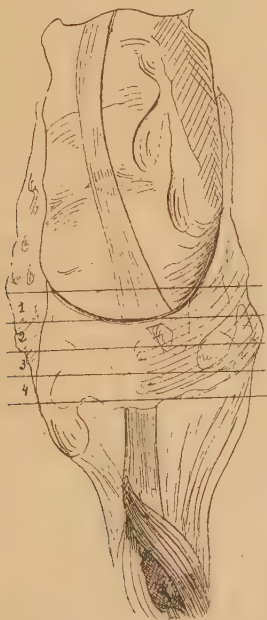


FIG. 7. — Pièce n° 2 : Abdomino périnéale. (M. le professeur agrégé Grégoire. Pièce fixée sans ouverture préalable : 1, 2, 3, 4. Niveaux des tranches prélevées pour examen microscopique.)

le tissu cellulaire ne présente à la palpation aucune induration (*Fig. 7*). En débitant la pièce en tranches

successives, on reconnaît qu'il s'agit d'une rosace néoplasique de la face antérieure de la portion sous-péritonéale du rectum empiétant quelque peu sur la portion péritonéale. L'examen microscopique des tranches montre en avant une épaisseur de tissu cellulaire très faible. Latéralement deux bandes scléreuses forment deux cornes, semblant en continuité avec le néoplasme (*Fig. 8, tranche 1*).

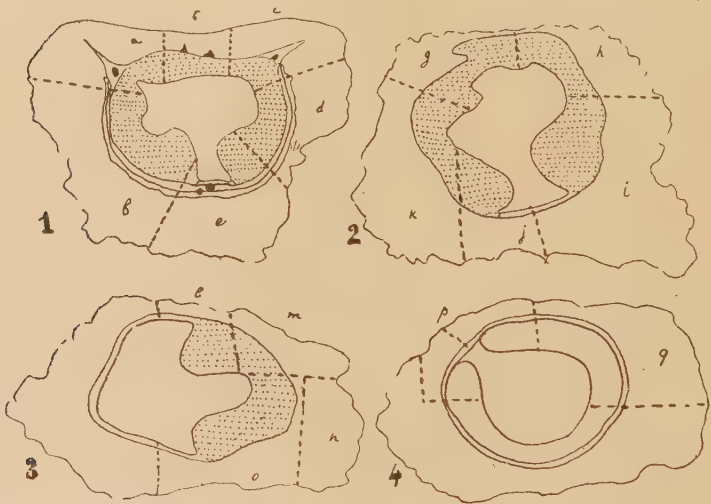


FIG. 8. — Tranches de la pièce II. Les taches noires correspondent aux infiltrations néoplasiques. Les lettres correspondent aux blocs prélevés pour examen histologique.

Dans la tranche 1 en *a* et *c* trainées fibreuses enfermant des noyaux néoplasiques.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — Prélèvements sur quatre tranches isolées de la tumeur.

A) *Prélèvements latéraux* : A la partie supérieure de la tumeur, prolongement conjonctif pénétrant le

tissu cellulaire et contenant des traînées néoplasiques. Il existe des lymphatiques contenant des cellules cancéreuses. La tunique musculaire du rectum est dissociée par le néoplasme, qui arrive à fleur du tissu cellulaire d'un côté; tandis que de l'autre, la musculature longitudinale est respectée. A la partie moyenne de la tumeur, infiltration également du tissu cellulaire. A la partie inférieure, il n'y a pas de cellules envahissant le tissu cellulaire.

B) *Prélèvements médians* : Le néoplasme envahit la musculaire de façon diffuse; dans le tissu cellulaire, noyau d'infiltration lymphoïde centré par des amas néoplasiques.

C) *Prélèvements postérieurs* (et à distance de la tumeur, au niveau de la muqueuse saine) : la muqueuse est soulevée avec la sous-muqueuse par les acini néoplasiques qui envahissent par noyaux discrets entre les couches circulaires et longitudinales de la musculature.

D) *Ganglions hémorroïdaux* :

1° Ganglions latéraux (pararectaux) petits, sont nettement métastasés;

2° Ganglions supérieurs (hémorroïdaux supérieurs) ne présentent pas d'envahissement cancéreux.

OBSERVATION N° 2

(Recueillie dans le service de M. le Professeur agrégé
GRÉGOIRE)

M. B..., notaire, 59 ans, se plaint depuis 6 mois environ d'une pesanteur au fondement. Il y a deux mois, pour la première fois, il a un léger écoulement de sang à l'occasion d'une envie pressante d'aller à la selle, il ne rendit qu'un peu de sang et de glaires, mais pas de matières.

Un peu inquiet, il va voir son médecin et quelques jours plus tard venait me trouver. Cet homme très actif, mais d'une santé assez médiocre, avait été soigné il y a 10 ans pour une tuberculose fibreuse du genou gauche qui avait parfaitement guéri par ankylose sous un appareil plâtré, immobilisant le genou.

A cette époque, novembre 1923, l'état général est excellent, l'appétit est bon, pas d'amaigrissement, pas de diminution de la capacité de travail. Il se plaint seulement d'éprouver des besoins d'aller à la selle un peu plus fréquemment qu'à l'ordinaire. L'examen montre quelques hémorroides au niveau de l'anus, mais en outre, à 7 ou 8 cm. de profondeur sur la face antérieure du rectum, on sent une tumeur de dimension d'une pièce de 2 francs. Cette tumeur est tout à fait mobile avec la paroi rectale. Elle est résistante au doigt, et ne saigne pas. La surface en paraît assez régulière et lisse. Le reste de l'ampoule rectale est normal. Devant la perspective d'une opération, le malade hésite et revient se faire examiner un mois plus tard.

Le 10 décembre 1923, l'état général n'est pas modifié, mais l'état local est très aggravé. La tumeur est devenue notablement plus volumineuse, elle présente les dimensions d'une pièce de 5 francs, elle est devenue fixe et paraît adhérer à l'appareil génital. Sa surface est devenue irrégulière et tomenteuse et ne saigne cependant pas à l'examen. Enfin, elle est

devenue assez sensible à l'exploration ; alors qu'il y a un mois, elle paraissait à peu près insensible. Le reste de la muqueuse rectale ne présente rien d'anormal, non plus que l'atmosphère périrectale, au moins par ce qu'on perçoit au toucher.

Opération le 17 décembre 1923 : Amputation abdomino-périnéale. Le temps périnéal est rendu assez difficile en raison de la solide adhérence que le rectum a contracté en avant avec l'appareil génital. A la fin de la libération, on constate qu'il s'est fait une fissure à la paroi intestinale, un peu au-dessous du néoplasme. Pas d'abaissement périnéal. Anus iliaque gauche définitif.

18-19 décembre : Suites opératoires parfaites, 37°8. pouls 90.

20 décembre : Pansement : les bords de la brèche périnéale présentent un mince liséré noir ; les mèches sont changées. Pouls 90, 38°.

21 décembre : Depuis le milieu de la nuit, l'état général s'est altéré, le malade est agité, il a soif. Pouls 120, 38°. Sueurs, faciès grippé.

Pansement : la cavité périnéale a une odeur et un aspect sphacélique jusqu'au niveau du fond. Décès à 10 heures du matin. Ces accidents septiques suraigus ont évolué en 10 heures, alors que rien jusque-là ne les faisait prévoir.

PIECE N° 3. — Pièce recueillie dans le Service de M. le Professeur Cunéo. — Fixée au formol sans section préalable. — Périnéale.

EXAMEN MACROSCOPIQUE. — La pièce comprend le col utérin et la presque totalité du vagin, le rectum et le côlon sigmoïde ; autour du rectum, abondant tissu

cellulaire; la coupe longitudinale montre une poussée du tissu néoplasique vers le tissu cellulaire (*Fig. 10*, tranche 3)..



FIG. 9. — Pièce n° 3 (M. le professeur Cuneo) : Périnéale. Cette pièce comprend le rectum, le vagin et le moignon de col utérin restant d'une hystérectomie sub-totale antérieure.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — A) *Prélèvements latéraux* : A la partie supérieure, correspondant au col utérin, le néoplasme envahit latéralement le tissu cellulaire, mais s'arrête derrière le tissu fibreux qui le sépare du col utérin sans pénétrer le tissu musculaire; à la partie moyenne, le néoplasme affleure le tissu cellulaire dans lequel il y a des îlots néoplasiques, mais le vagin est indemne de propagation; à la partie

inférieure, le néoplasme ne pénètre toujours pas le tissu musculaire du vagin; le tissu cellulaire est envahi à la limite latérale de la face antérieure du rectum;



FIG. 10. — Pièce n° 3 : Coupe longitudinale frontale par le rectum : Segment antérieur de la coupe.

1, 2, 3 : Repères des tranches prélevées pour l'examen microscopique : le vagin est en avant; pour voir le niveau de la coupe sur le vagin, se reporter à la figure 9.

les travées cancéreuses sont englobées dans du tissu fibreux (Fig. 11).

B) *Prélèvements médians* : A la partie supérieure, le cancer tend à dissocier le tissu fibreux qui le sépare du col utérin; il existe un boyau cancéreux entre les travées de tissu fibreux; à la partie moyenne de la

tumeur, le tissu musculaire du vagin est envahi en un point très limité par le néoplasme qui forme un vrai clou enchâssé dans le tissu musculaire du vagin. Il y a un acinus cancéreux dans la sous-muqueuse vagi-

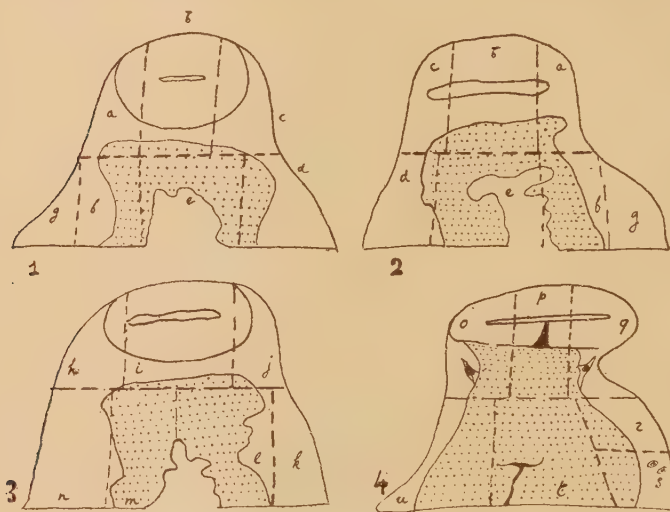


FIG. 11. — Tranches de la pièce 3. Les taches noires de la tranches 4 montrent l'infiltration latérale du tissu cellulaire et la pénétration en clou du néoplasme (en *p*) dans la paroi vaginale postérieure. Le néoplasme atteint à ce niveau la muqueuse vaginale.

Sur les tranches 1, 2, 3, le néoplasme est resté bridé en surface derrière la paroi vaginale postérieure.

nale. La muqueuse du vagin en ce point est mince et s'exfolie. Cet envahissement est très localisé et ne prend comme largeur dans le vagin qu'un territoire équivalent à trois fois l'épaisseur de la musculaire vaginale.

C) *Examen des ganglions* : Les ganglions sont métastasés de façon très intense.

OBSERVATION DE LA PIÈCE N° 3

(Recueillie dans le service de M. le Professeur CUNÉO)

Périnéale avec abaissement et conservation du sphincter anal.

Mme L. M..., 36 ans ; anamnèse : début il y a un an, par de la constipation. En mars 1923, apparaît la première rectorragie, simple caillot précédant les matières. A la constipation font alors suite des alternatives de diarrhée et de constipation. Rectorragies de plus en plus fréquentes.

La malade, qui jusque-là n'avait pas souffert, commence à se plaindre de sensations de pesanteur, de tiraillements dans le fondement. Examen, octobre 1923 : Cicatrice d'hystérectomie sub-totale pour kyste ovarique, région cœcale un peu douloureuse, pas d'ascite ni de métastase hépatique.

Toucher rectal : Région anale libre ; à la partie supérieure et droite de l'ampoule, tumeur irrégulière, friable, que le doigt dépasse facilement en hauteur. La tumeur est légèrement adhérente au vagin, elle descend lorsqu'on demande à la malade de pousser.

Opération le 14 novembre 1923 : Néoplasme du rectum, adhérent à la paroi postérieure du vagin et au sacrum, anus droit préalable sur le colon ascendant. Amputation recto-vaginale par voie périnéale.

1° Incision prérectale transversale, libération recto vaginale sur 6 cm. environ de hauteur. Incision circulaire du vagin. Libération vagino-vésicale très facile. Fermeture du vagin, libération latérale du vagin et ligature des artères vaginales. Libération des pédicules utérins, facile à gauche, très difficile à droite. Uretere englobé et infiltrations du paramètre. Ouverture du cul-de-sac vésico-utérin.

2° Incision présacrée et résection du coccyx. Très fortes adhérences au sacrum. Le néoplasme ne peut être libéré qu'à la rugine. Ligature des artères hémorroïdales moyennes après

dissection des fosses ischio-rectales et section de l'aponévrose sacro-génitale. A droite, l'uretère étant englobé, on est obligé, pour avoir du jour et abaisser, de sectionner la peau latéro-anale d'avant en arrière, ouvrant ainsi la fosse ischio-rectale droite et sacrifiant, par conséquent, le nerf du sphincter de ce côté. On arrive à libérer l'uretère. Jusqu'à ce moment, l'anus est resté en place.

3° Section ano-rectale à 3 cm. de l'anus. 1°) Abaissement du bloc, constitué par le rectum et la totalité du vagin. Ligature de l'hémorroïdale supérieure en deux fois et très haut, car grosse infiltration du méso-colon pelvien et grosse adénopathie. Abaissement du colon pelvien. Section du colon en zone bien irriguée, fixation du colon abaissé dans le canal anal conservé. Péritonisation, sonde de Pezzer et mèche au yioforme.

Suites opératoires : Sans incidents, exécuté le 35^e jour.

NOTA. — Le décollement recto vaginal aurait pu facilement être complet. On aurait laissé sur place un envahissement certain du vagin.

CHAPITRE TROISIEME

CONSTATATIONS CLINIQUES

Dans les nombreuses observations publiées et dans celles inédites que nous avons pu recueillir, nous trouverons des arguments appuyant l'importance de l'extirpation de l'atmosphère péri-rectale et de la gaine fibreuse qui la contient.

Nous pouvons classer les cas observés sous différentes catégories :

1° Longues survies sans récurrence : analyse des raisons de cette survie.

2° Récurrences réopérées, nature de l'intervention, survies consécutives.

3° Récurrences rapides et non réopérées : analyse des raisons de ces récurrences.

1° Longue survie sans récurrence

Les observations suivantes nous permettront de faire ces remarques :

La longue survie sans récurrence reconnaît des fac-

teurs multiples qui concourent tous au même but, *l'exérèse large de l'atmosphère péri-rectale*. Cet exérèse est favorisé chez l'homme par le temps périnéal qui permet d'être plus complet au niveau de l'atmosphère antérieure : il est, comme nous le verrons ultérieurement, plus certain dans les conditions actuelles, d'enlever la gaine rectale par voie périnéale que par voie abdominale. Tout le travail utile en avant est périnéal. Cette exérèse n'est totale que si l'on a été obligé de lier les artères hémorroïdales moyennes. Chez la femme, l'exérèse de la *paroi vaginale* postérieure attenante au néoplasme rectal montre que celle-ci *peut être envahie avant les ganglions hémorroïdaires supérieurs*. Les cas d'extirpations simultanées du vagin et du rectum sont suivis de survie considérable, *même dans les cas où le vagin était envahi*.

Lorsque cette large extirpation n'a pas été faite, la longue survie était due au siège particulièrement élevé du néoplasme, dont la situation l'isolait du tissu cellulaire pelvien ; ou bien il s'agissait de cancer tout au début, au stade intra-pariétal pur, bien exceptionnel en fait.

OBSERVATIONS

1° Hommes.

OBSERVATION N° 4

(Recueillie dans le service de M. le Professeur CUNÉO)

W. J..., 57 ans, Nogent-sur-Marne, opéré le 11 mai 1914, sorti le 11 juillet 1914, survie de 7 ans sans récurrence.

1^{er} temps : Malade dans la position de la taille, incision prérectale, à concavité regardant l'anus. Incision sur la ligne médiane du raphé ano coccygien, puis décollement de la face antérieure du rectum jusqu'à la prostate. Dans ce temps, l'urèthre est repéré grâce à un cathéter introduit au préalable. Ligature de petites artérioles, branches de l'hémorroïdale inférieure ou de la vésico-prostatique. Ablation d'un petit ganglion dur situé en arrière et au-dessous du côté gauche de la prostate.

2^e temps : Incision sagittale rétro-anale. Libération du coccyx sur les côtés, en avant et à sa base, puis ablation de l'os par torsion et arrachement. Ligature des sacrées latérales inférieures de chaque côté du sommet du sacrum ; incision partielle des ligaments sacro-sciatiques près du sacrum. Décollement du rectum, de la concavité sacrée le plus haut possible jusqu'au promontoire avec le doigt. On contourne ensuite chacune des deux faces latérales du rectum, de sorte que les deux plaies pré- et rétro-anale communiquent et que le rectum est libéré sur toute sa circonférence.

L'ampoule est attirée dans la plaie rétro-rectale et saisie dans un long clamp. Après la section, on tente encore d'abaisser le rectum, on pince et on lie de chaque côté de l'ampoule le pédicule hémorroïdal moyen. Jusque-là, le péritoine n'a pas été ouvert. Les loges pré- et rétro-rectales sont soigneusement tamponnées.

3^e temps : L'opérateur et ses aides changent de gants et d'instruments. Le malade est mis dans la position de Trendelenbourg. Laparotomie médiane allant du pubis à deux travers de doigt environ au-dessus de l'ombilic. L'opérateur à la droite du malade. Protection soignée du péritoine. Avec la pointe des ciseaux, on effondre la séreuse de la face droite du méso-rectum et on libère l'intestin de ce côté, en se tenant à distance du bord intestinal.

Incision du péritoine au fond du cul-de-sac de Douglas, puis décollement du méso-colon pelvien et du colon iliaque. Un aide attire doucement le rectum par la plaie rétro-anale. Le colon pelvien est refoulé dans le pelvis ; on recherche l'artère mésentérique inférieure, immédiatement en dessous de la troisième portion du duodénum. Section du pédicule mésentérique inférieur entre deux ligatures. Le rectum et le colon pelvien sont, après cette section, facilement accouchés par la plaie périnéale, après avoir enlevé le tamponnement des deux plaies inférieures. Le petit bassin est soigneusement péritonisé de chaque côté ; par-dessus le péritoine, on suture le fond du cœcum avec le colon iliaque descendu dans le petit bassin. Fermeture de l'incision pariétale en deux plans.

4^e temps : Le malade étant replacé dans la position de la taille, le méso du gros intestin est coupé au niveau de la plaie périnéale, puis le gros intestin lui-même est sectionné un peu en avant ; suture de l'extrémité du colon à la peau, tamponnement des deux plaies pré- et rétro-anales.

2^e opération. — Sphinctérisation de l'anus sacré, 22 octobre 1920. L'anus et le sphincter ayant été conservés ; on libère l'intestin au niveau de l'anus sacré et on le descend à travers l'anneau sphinctérien. Fixation à la peau par des catguts.

Décès en 1922, sans récurrence pendant 7 ans. L'anus était continent en temps habituel. En temps de diarrhée, plusieurs selles par jour sans incontinence.

Cette observation nous montre que latéralement, près de la prostate, au niveau de la lame rétro-prostatique, se trouvait un ganglion envahi. L'exérèse du rectum a été très large, la ligature de l'hémorroïdale moyenne et des branches de la prostatovésicale

prouvent que l'exérèse de la gaine rectale a été pratiquée. Une très longue survie sans récidence a suivi cette intervention avec un résultat fonctionnel parfait.

OBSERVATION N° 5

(Recueillie dans le service de M. le Professeur CUNÉO)

Cancer ampullaire inférieur du rectum, facilement accessible au doigt, peu mobile, extirpation abdomino-périnéale, survie de 11 ans.

D..., 52 ans. — Opération juillet 1912.

1^{er} temps périnéal : Incision transversale bi-ischiatique, décollement prudent de l'urèthre, puis de la prostate et enfin de la paroi postérieure de la vessie, dégagement des parois latérales du rectum, en passant *en dehors* de l'aponévrose pelvienne. Les doigts contournent les faces latérales du rectum et se rejoignent en arrière de celui-ci, tamponnement du décollement recto-vésical.

2^e temps abdominal : Incision médiane sous-ombilicale, l'anse sigmoïde est attirée dans la plaie, ligature double de l'hémorroïdale supérieure, section entre deux ligatures supplémentaires au niveau de l'arcade anastomotique. L'intestin est alors sectionné aux ciseaux, à l'union du colon iliaque et du colon pelvien. Le bout distal est encapuchonné dans un préservatif stérilisé, après avoir été fermé par enroulement. Il est ensuite décollé du sacrum, libéré sur les côtés, puis attiré dans la plaie périnéale. Lorsque ce bout a disparu, on procède à une péritonisation soignée. Le bout central, jusqu'alors encapuchonné sous des compresses, est encapuchonné à son tour. On pratique une incision latérale gauche de la paroi, après ouverture du péritoine, on introduit un

spéculum ani. Le bout central est attiré dans le spéculum par une pince, un segment de 15 cm. est ainsi extériorisé.

3^e temps périnéal : On achève l'extirpation du rectum qui adhère encore à la concavité sacrée. Pour décoller le néoplasme, il faut faire une nouvelle incision rétro-anaie et réséquer le coccyx. Après avoir achevé le décollement, on constate que le rectum est encore *retenu par deux cordes constituées par les pédicules hémorroïdaux moyens* ; *en réalité, les deux vésicules et les artères hémorroïdales, car les vésicules ont suivi le rectum.* Ligature et section de ce pédicule, section du rectum au-dessus du sphincter. Tamponnement de l'énorme plaie périnéale par trois compresses.

Suites normales. Décès sans récidiye par affection intercurrente, en 1923, c'est-à-dire 11 ans après l'opération.

Nous noterons dans cette observation une extirpation des vésicules séminales qui ont suivi le rectum. L'exérèse a donc été très large et a naturellement intéressé les vésicules qui font partie de la gaine rectale. Une preuve de l'exérèse de la gaine est donnée par la ligature des hémorroïdales moyennes; la survie fut de 11 ans.

OBSERVATION N° 6

(Recueillie dans le service de M. le Professeur CUNÉO)

M. Olivet, près Orléans, survie actuelle de 13 ans.

Opération le 16 juillet 1910, abdomino-périnéale.

Temps abdominal : Rendu pénible par l'embonpoint du malade et les difficultés de l'anesthésie. Le malade tousse tout le temps. Incision médiane sous-ombilicale. Isolement du petit bassin et des fosses iliaques, décollement de l'anse

oméga et de son méso. Ligature de l'artère hémorroïdale supérieure au flanc gauche du promontoire, à 6 cm. environ de l'intestin. Ligature de l'artère sigmoïde droite au même niveau. Section de ces deux vaisseaux entre deux ligatures. Section du reste du méso, décollement pré-sacré. Pas de péritonisation, à cause de l'adiposité du sujet, fermeture de l'abdomen sans drainage.

Temps périnéal : Tamponnement du rectum à la gaze iodoformée après dilatation : Withehead-haut et ligature de la muqueuse. Incision bi-ischiatique transversale et décollement uréthro-prostatique : cathéter dans l'urèthre, le décollement est pénible. Libération des faces latérales d'avant en arrière. Incision médiane postérieure : désarticulation médio-coccygienne. Résection à la cisaille de la première pièce coccygienne. Décollement rétro-sacré. Incision partielle du releveur. Abaissement très facile. Section au-dessus de l'anneau sphinctérien. On met en place un tube de Paul, la partie pendante a une longueur de 8 à 10 cm. environ, fixation au niveau de l'anus. Tamponnement des plaies antérieure et postérieure.

21 octobre 1910, fistule antérieure, section de la partie antérieure du sphincter, guérison.

Le 28 septembre 1923, M. le Docteur HALMA-GRAND, d'Orléans, qui suit le malade, a l'obligeance de nous adresser les nouvelles suivantes : « M. M..., opéré le 16 juillet 1910, est en parfait état de santé, son anus est parfaitement continent, à moins qu'il n'ait de la diarrhée, ce qui est, du reste, très-rare. Il ignore toujours la grave lésion dont il a été opéré. »

Cette observation montre une longue survie suivant une intervention où l'exérèse en largeur fut poussée très loin. L'isolement rectal fut pratiqué le plus loin possible, par voie périnéale, et un cathéter

placé dans l'urèthre permet de raser au plus près le conduit uréthro-prostatique.

OBSERVATION N° 7

(Recueillie dans le service de M. le Professeur CUNÉO)

C... (Alphonse), 62 ans, Saint-Denis.

Opéré le 1^{er} février 1909, survie de 5 ans. Extirpation du rectum.

1° Dissection et fermeture de la portion anale du rectum ; 2° Incision rétro-rectale, ablation du coccyx, dissection haute de la face postérieure du rectum ; 3° Incision pré-rectale pour décoller la face antérieure du rectum au cours de laquelle l'urèthre est ouvert et suturé. Ouverture, puis fermeture, par quelques points, du cul-de-sac péritonéal ; 4° Le rectum est abaissé et fixé à l'orifice anal, tamponnement pré- et rétro-rectal.

Le malade est décédé en juin 1914. Il était obligé de porter un appareil, de façon constante. Il n'y avait aucune continence, 3 à 4 selles par jour. La santé générale était passable. Le malade se plaignait de tension abdominale et nous n'avons pas pu avoir de renseignements plus précis sur les circonstances du décès.

Nous noterons ici encore la pratique habituelle de raser le plus possible en avant le plan uréthro-prostatique. Pendant 5 ans, aucune récurrence, c'est-à-dire pendant une durée supérieure à celle admise habituellement comme guérison durable.

OBSERVATION N° 8

(Recueillie dans le service de M. le Professeur CUNÉO)

B..., 45 ans. Extirpation abdomino-périnéale, 20 octobre 1920. Survie actuelle de 3 ans 1/2.

1^{er} temps périnéal : Incision pré-anale inter-ischiatique. Mauvais début pour la traversée du nœud périnéal. Ensuite, décollement facile dans le plan de clivage antérieur. Ligature, de chaque côté, des lames sacro-recto-génitales.

Incision rétro-anale, résection du coccyx, facile décollement pré-sacré. Celui-ci n'est pas poussé assez loin, ce qui permet la conservation de quelques brides gênantes dans le 2^e temps de l'intervention. Ligature de l'intestin au-dessus du sphincter, autour d'une compresse roulée. Section de l'intestin ramené dans la plaie coccygienne. Tamponnement des plaies périnéales. J'estime ne pas avoir fait un tamponnement assez gros, ce qui rendra plus difficile la découverte par l'abdomen du décollement périnéal.

2^e temps abdominal : Incision médiane sous-ombilicale, sans modifier la position du malade. Décollement colo-pariétal. Section de l'hémorroïdale supérieure au-dessous de la naissance de la sigmoïdéa-ima. Abaissement de l'intestin par tractions exercées au périnée. L'abaissement est gêné par les brides sacro-rectales persistant après le décollement pré-sacré. Péritonisation. Fermeture. Section de l'intestin au niveau de la dernière des sigmoïdes, suture du bout inférieur, à la partie antérieure de la circonférence supérieure du canal anal. Tamponnement des plaies périnéales.

Suites opératoires : Parfaites, mais quoique l'intestin eût été suturé à la partie antérieur du canal anal, et non en arrière, c'est en avant que se forme une fistule, alors qu'en arrière, il y a réunion parfaite.

2^e opération. — Le 8 novembre 1921, anus iliaque persistant, fistule pré-rectale.

Incision transversale pré-rectale, décollement recto-prostatique, on découvre une fistule rectale, suture au catgut, de la fistule, capitonnage profond, deux points en U, drains latéraux laissés 36 heures, mèche appliquée sans pression. Suites : Sphincter continent, actuellement pas de récive, rien de perceptible au toucher rectal.

OBSERVATION N° 9

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé SCHWARTZ)

A... (Jules), 64 ans. Cancer du rectum, ablation abdomino-périnéale, anus abdominal définitif. Survie de 6 ans.

Depuis 18 mois, envies fréquentes d'aller à la selle et glaires sanguinolentes mélangées aux matières. N'a pas maigri. Etat actuel : selles glaireuses extrêmement fréquentes, jusque 25 par jour. Souvent besoin d'uriner, sans pouvoir le satisfaire. Le toucher rectal montre une grosse masse dure, ulcérée, siégeant sur tout le pourtour du rectum, depuis l'anus jusqu'à une limite que le doigt ne peut atteindre, envahissant les tissus voisins du rectum, mais douée cependant d'une certaine mobilité.

5 mars 1918, ablation abdomino-périnéale :

1^o Laparotomie, la partie du rectum accessible par l'abdomen est saine, mais on sent, dans le plancher pelvien, une masse néoplasique, assez volumineuse, qui n'atteint pas le cul-de-sac. Incision des deux lames péritonéales du mésorectum, depuis l'angle sacro-vertébral jusqu'au plancher pelvien et devant le rectum. On met ainsi à découvert les tissus graisseux où se trouvent quelques ganglions et des vaisseaux qui sont liés. On essaye de décoller le rectum plus bas, ce qui est facile en arrière, mais difficile en avant, où il semble

qu'il y ait des adhérences à la prostate. Ligature de l'intestin, après l'avoir écrasé, chaque bout est encapuchonné. Refoulement du bout inférieur dans les tissus sous-péritonéaux, péritonisation. Fermeture de l'incision ombilico-pubienne, après avoir tiré le bout supérieur au dehors aussi loin que possible, c'est-à-dire jusqu'au point où le méso est respecté. Fixation du rectum à la paroi, en laissant à l'extérieur le cylindre rectal intact; on n'y voit pas battre les artères hémorroïdales, bien que la mésentérique n'ait pas été liée.

2^e temps périnéal : Ne présentant rien de particulier. L'ablation est très largement faite, en raison de l'envahissement des tissus voisins, le décollement d'avec la prostate est facile, finalement on retire tout le rectum avec son extrémité encapuchonnée et les ganglions du méso. A un moment, le rectum s'est rompu et il a fallu terminer sans tenir l'intestin. Cavity pelvienne pansée avec de la gaze imbibée d'éther. Le temps périnéal semble avoir été fort simplifié, par le temps abdominal, il n'a pas été fait une seule ligature dans ce temps.

La pièce montre un cancer de toute la circonférence du rectum sur une hauteur de 6 à 7 cm. Les suites furent très simples : aucune douleur, aucune réaction péritonéale. Jusqu'au 9 mars, on est obligé de sonder. Le bout d'intestin qui émerge sur une longueur de 6 à 7 cm. est intact sans un seul point de sphacèle. Au bout de quelques jours, on le resèque au ras de la paroi abdominale. L'énorme plaie périnéale s'est comblée assez rapidement; vers le milieu d'avril, il n'y a plus qu'une petite plaie granuleuse superficielle en ce point. L'état général est excellent. Le 29 avril, le malade a quitté l'hôpital pour aller à l'asile des Petites Soeurs des Pauvres. Aucune récurrence en décembre 1923.

Le cancer était mobile, mais adhérait à la pros-

tate. L'exérèse fut poussée très largement, dans le tissu péri-rectal, les vaisseaux liés avant le décollement montrent que la gaine fut extirpée.

OBSERVATION N° 10

(QUENU, Congrès français de chirurgie, 1897)

« Nous avons opéré un cancer du rectum adhérent à la glande. L'examen histologique portant à la fois sur la prostate en extirpant avec l'intestin une tranche épaisse de paroi rectale, l'aponévrose prostatopéritonéale, et le tissu glandulaire, nous a permis de voir que l'épithélioma atteignait sans la dépasser l'aponévrose prostatopéritonéale et que le tissu glandulaire était sain. »

Cette observation révèle :

1° L'adhérence à la prostate ne constitue pas forcément un envahissement de la glande;

2° L'infiltration est arrêtée par la barrière aponevrotique, mais dans ce cas, une exérèse qui aurait passé en arrière de l'aponévrose de Denonvilliers aurait nécessairement laissé en place des éléments de récidives.

OBSERVATION N° 11

(MARTIN DU PAN, Opérations de KOCHER, Obs. 18).

M. O... (Jean-Joseph), 63 ans. Anamnèse du 19 janvier 1895.

Premiers symptômes en octobre 1894. Les selles deviennent plus fréquentes et moins volumineuses; en décembre, surviennent de faux besoins et une fois du sang dans les

selles. Pas d'amaigrissement, pas de douleurs, l'appétit reste bon. Pas d'antécédents néoplasiques. Status du 19 janvier 1895. Robuste vieillard d'état général bon. Tumeur de la paroi antérieure du rectum, grande comme la moitié de la paume de la main, débutant à 4 cm. au-dessus de la prostate. Elle a 6 cm. de haut. Surface irrégulière, bosselée, limites très nettes.

Examen histologique : Carcinome à cellules cylindriques, envahissant toute l'épaisseur de la tunique musculaire du rectum, mais ne traversant pas dans le tissu périrectal.

Opération le 31 janvier 1895. — Décubitus dorsal avec les cuisses relevées dans la flexion extrême. Méthode de Kocher. Incision médiane postérieure de la marge de l'anus à la base du coccyx, résection du coccyx, ligature des vaisseaux. Incision du rectum en arrière de l'anus jusqu'au bord inférieur de la tumeur. Les deux bords de la muqueuse rectale sont ensuite suturés aux deux lèvres de la plaie. Excision de la tumeur ulcérée avec 1 cm. de muqueuse saine tout autour. La plaie reste ouverte, tamponnade à la gaze iodoformée.

Evolution : Pas de fièvre, le tampon est enlevé le 5^e jour ; le 10^e jour, première selle ; un mois après, le malade quitte la clinique, il marche sans peine, il a de l'incontinence des matières fécales, qu'il retient du reste bien avec une pelote. En avril 1904, le malade se porte bien, vaque à ses occupations ; il n'a plus jamais eu de douleurs. Les selles sont régulières, une ou deux fois par jour.

Septembre 1904, le malade ne ressent aucune gêne, n'a pas d'incontinence ; à l'examen du rectum, on constate un anus coccygien rétréci par une cicatrice, laissant passer l'index facilement ; on ne sent aucune résistance, la muqueuse est normale. Guérison radicale. Encore en vie 10 ans après l'opération.

Cette opération montre une longue survie sans

récidive. Nous l'attribuons à l'absence de l'envahissement de la gaine rectale, au siège élevé de la tumeur.

2° Femmes.

OBSERVATION N° 12

(Recueillie dans le service de M. le Professeur CUNÉO)

Mme G..., 35 ans, carnet 1908, n° 56. Amputation abdomino-périnéale du rectum avec abaissement. Survie actuelle de 15 ans.

Ablation du rectum par le procédé de la double incision pariétale et sagittale postérieure avec résection du coccyx. Pas d'incident opératoire. Le bout supérieur est invaginé dans la portion sphinctérienne conservée et on en conserve une longueur de 8 cm. environ.

Sphacèle sur une hauteur de 3 à 6 cm. environ. Tamponnement.

Nouvelles de la malade, le 20 décembre 1923 : Vagin immobilisé, petit noyau de cicatrice fibreuse, bridant le fond du cul-de-sac vaginal postérieur. Toucher rectal. Le nouveau rectum est bourré de matières fécales molles. Continence parfaite.

OBSERVATION N° 13

(Recueillie dans le service de M. le Professeur CUNÉO)

Carnet 1912, n° 275. Périnéale avec abaissement.

D... (Célestine). Opération le 15 mars 1912.

1° Incision bi-ischiatique. On incise le nœud central du périnée, on atteint le plan de clivage recto-vaginal. On décolle la face antérieure du rectum jusqu'au fond du Douglas. On repère latéralement les bords inférieurs des deux releveurs et des aponévroses sacro-recto-vaginales. On passe

en dehors de ces aponévroses. On les incise à la partie inférieure et l'on pénètre au doigt dans la zone rétro-rectale.

2° Incision médiane sacro-coccygienne. On resèque le coccyx et l'on pénètre dans l'espace décollable rétro-rectal jusqu'au promontoire.

3° On arrive ainsi dans l'espace pelvi-rectal, *on lie les hémorroïdales moyennes.* On ouvre latéralement les culs-de-sacs latéraux, péritonéaux. On lie la bifurcation de l'hémorroïdale supérieure, on lie le méso-sigmoïde dans sa portion inférieure. On abaisse l'anse sigmoïde et on abouche à la région anale.

Guérison opératoire : Demande de nouvelles, retournée en 1922. Nouvelles jusqu'en 1920.

Cette observation montre comment par voie périnéale on peut enlever une grande partie de la gaine rectale. Les hémorroïdales moyennes ont dû être liées. La survie observée est de 8 ans, la malade étant partie sans laisser de nouvelles, ni d'adresses.

OBSERVATION N° 14

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé SCHWARTZ)

Mme X..., à Ferrière-la-Grande (Nord). Docteur LAUTHIER. Tumeur en chou-fleur implantée sur la paroi latérale droite, le rectum paraît mobile à ce niveau.

Abdomino-périnéale : 1^{er} octobre 1912. Rachi-stovaïne, anesthésie parfaite. Opération simple et sans accroc d'un bout à l'autre. Hystérectomie abdominale totale préalable. Libération du rectum, sans section vaginale en haut. Je ne vois pas de ganglions dans le méso. Dans ce temps périnéal, je resèque un segment de la paroi vaginale postérieure qui paraît adhérente à la tumeur. Technique habituelle, Mickulicz

en bas. Ablation d'environ 30 cm. d'intestin. La tumeur est bien implantée sur la paroi latérale droite. Forme de rosace violacée à environ 8 à 10 cm. de l'orifice anal.

Néoplasme du segment génital, excision de la paroi vaginale. Guérie sans récurrence depuis 11 ans. Notons l'adhérence au vagin, alors qu'il n'y avait pas encore de ganglion au niveau de l'hémorroïdale supérieure.

OBSERVATION N° 15

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé SCHWARTZ)

H..., Gonnellieu, par Gouzeaucourt (Nord). Abdomino-périnéale avec abaissement. Excision de la paroi vaginale postérieure. Survie actuelle de 10 ans.

1913 : Anamnèse. Soignée vainement pour diarrhée depuis 15 mois, puis hémorragies. Pesanteur, ténesme, aérocolie, amaigrissement. Grosses hémorragies. Toucher : on trouve sur la paroi antérieure du rectum, à une distance de 5 à 6 cm. de l'anus, une ulcération de un à deux cm. de diamètre, dans laquelle on peut aisément passer le bout de l'index. Le pourtour en est assez mobile sur les plans voisins, la tumeur est peu ou pas douloureuse. Le toucher n'est pénible pour la malade qu'au moment où le doigt franchit l'anus. Cette ulcération donne peu de sang. Le doigt ressort peu taché de rouge et sans odeur très accusée.

Opération le 19 juillet 1913. Abdomino-périnéale avec abaissement. Ligature de la mésentérique. On réalise un abaissement considérable de l'intestin, qui sort par en bas de 3 à 4 cm. L'examen de la pièce montre un cancer de l'ampoule occupant tout le pourtour du rectum sur une hauteur de 3 à 4 cm. Le canal anal a été entièrement respecté.

Le 2^e jour après l'intervention, on constate un peu de sphacèle du pourtour de l'anüs ; mais les fils tiennent cependant. Dans la nuit du 2^e au 3^e jour, la malade a eu une violente douleur, puis a émis une selle liquide qu'elle n'a pas essayé de retenir. Elle prend deux pilules d'opium. Aucun fil n'a lâché. Le 5^e jour, on constate que la paroi postérieure du vagin bombe dans la vulve. La malade ayant 38°, on enlève deux points de suture sans écoulement. 2^e jour, sondage intermittent. Selles normales au 19^e jour. Le 33^e jour, petite fistule stercorale postérieure tarie rapidement.

Lettre du 24 janvier 1921; se plaint de diarrhée : guérirait par des pilules. Nouvelles en 1924, aucune récurrence. Très bon état.

En somme, néoplasme du segment génital, excision de la paroi postérieure du vagin, survie actuelle de 10 ans.

OBSERVATION N° 16

(GOULLIQUOUD, Thèse de RONCHET)

Diagnostic et résumé. Cancer du rectum. Amputation abdomino-périnéale. Gros ganglion distant. Guérison.

Mme F..., 45 ans, de Ménétreuil (Saône-et-Loire), entre à l'hôpital Saint-Joseph, le 19 novembre 1903, salle Sainte-Thérèse, n° 1, pour rétrécissement du rectum. Rien de particulier à signaler dans les antécédents héréditaires. Personnellement, elle a toujours joui d'une bonne santé. A noter, cependant, trois crises de coliques hépatiques, il y a 10 ans. Régulée à 14 ans, toujours régulièrement. Mariée à 28 ans, mari bien portant. Cinq enfants, en bonne santé, le dernier a 7 ans. Entre le 4^e et le 5^e accouchement, deux fausses couches de deux mois 1/2.

Le premier symptôme de l'affection actuelle remarqué par la malade fut la présence de sang dans ses selles, il y a trois ans. Pendant six mois, les selles restèrent sanglantes, en même temps diarrhée continuelle, glaireuse avec, par moments, de fausses membranes et des débris, comparés par la malade à des morceaux de chair. A la suite d'un traitement conseillé par son médecin, la diarrhée diminua notablement et le sang disparut presque complètement des selles pendant six mois.

Enfin, au bout de six mois, c'est-à-dire il y a un an, recrudescence des symptômes : apparition de douleurs, très pénibles au niveau de l'anus, puis constipation avec écoulement par l'anus d'un liquide noirâtre. Enfin, la malade remarque que ses matières portaient toutes, sur un côté, une rainure longitudinale.

Depuis le mois de septembre, l'état s'est encore aggravé ; la malade ne va à la selle que par laxatifs et lavements, elle perd toujours par l'anus des matières liquides, noirâtres, d'odeur fétide. Les douleurs sont également devenues plus violentes. Actuellement, la malade a encore un bon état général, elle dit cependant avoir maigri d'une manière très sensible depuis quelques mois. Elle se plaint de souffrir presque continuellement au niveau de l'anus, pas de douleurs aiguës, mais plutôt sensation de pesanteur, surtout après les selles. Pas d'hémorragie. Constipation opiniâtre, ne cédant que très imparfaitement aux laxatifs et aux lavements.

Appétit diminué, pas de troubles dyspeptiques, cependant. Langue saburrale. Examen médical négatif. Ni sucre, ni albumine dans les urines.

Toucher rectal : Immédiatement au-dessus du sphincter, le doigt rencontre une masse bourgeonnante végétante en chou-fleur. Elle occupe toute la cavité, mais semble cependant un peu plus développée en arrière. Le doigt est arrêté par cette tumeur. L'extrémité seule peut pénétrer dans la masse néoplasique, qui est de consistance dure. Aussi ne

peut-on se rendre compte de la limite supérieure de la tumeur. Celle-ci paraît encore mobile, le doigt peut l'abaisser légèrement, et elle ne semble pas adhérente en arrière. De même, en avant, par le toucher rectal et le toucher vaginal combinés, on constate que la paroi recto-vaginale n'est pas envahie. Le doigt explorateur ne ramène ni sang, ni débris saigneux.

25 novembre 1923 : Opération. Amputation du rectum par voie abdomino-périnéale. Anesthésie au Billroth, sans incidents. Laparatomie médiane ombilico-pelvienne. Exploration de la région. Incision iliaque gauche, laissant juste passer à frottement l'anse iliaque pliée en canon de fusil, en vue de l'établissement de l'anus contre nature. Cette anse iliaque est sectionnée entre deux pinces à entérectomie. Le bout inférieur est fermé en cœcum par deux plans de suture à la soie. Le bout supérieur est maintenu par la pince.

Libération de l'S iliaque (portion exclue) et du rectum. On lie d'abord l'hémorroïdale supérieure près du promontoire. Glissant ses doigts par cette déchirure du péritoine, M. GOUILLIOD décolle un large lambeau péritonéal et les bifurcations des artères iliaques primitives sont mises à nu. Ligature des hypogastriques à droite et à gauche. Ceci fait, on isole le rectum en étageant des pinces successivement sur les replis péritonéaux. Ligatures sur les pédicules ainsi formés. Le rectum est alors abandonné dans le petit bassin et recouvert d'une mèche de gaze iodoformée, dont le bout est mis avec soin dans le Douglas. On met quelques points de suture séparés sur le haut de la brèche péritonéale pour repéritoniser au niveau du promontoire et un peu au-dessous. Fermeture de la paroi abdominale en un seul plan. Anus iliaque gauche. Le bout supérieur de l'S iliaque est fixé au rebord de l'incision iliaque par neuf points séro-séreux, dont deux plus profonds sont musculo-musculaires (pour prévenir la hernie ultérieure de l'anus). On termine par quelques points cutanéomuqueux.

Ablation du rectum par voie périnéale. Le néoplasme est développé surtout en arrière ; comme on le sent bien, on décolle le plus de tissu cellulaire possible à son pourtour. En avant, le vagin est décollé, sans intéresser sa paroi. Section du releveur.

Un peu d'hémorragie en nappe, due surtout à la tumeur (les hypogastriques et l'hémorroïdale supérieure ont été liées). Après extraction du rectum, on retrouve la mèche introduite par l'abdomen et on la laisse dans le fond de la plaie, qu'on achève de bourrer à la gaze iodoformée. Deux points de suture sur la peau en arrière. Sonde à demeure dans la vessie. Durée de l'opération : 1 heure 1/4. Examen de la pièce : La portion réséquée mesure 31 cm. de long. Le néoplasme embrasse le rectum, *sauf en avant*, immédiatement au-dessus du sphincter sur une étendue de 6 cm., pour une épaisseur de 3 cm. Toute cette partie est étranglée et ne laisse passer qu'un mince filet. La muqueuse est noirâtre, inégale.

On a entraîné avec le rectum de nombreux ganglions placés dans le tissu cellulaire plus haut que la tumeur. Un notamment est très volumineux. En somme, lésion déjà bien avancée. On a bien dépassé ses limites, mais il peut bien y avoir déjà de l'envahissement des lymphatiques pelviens. Aussi récédive probable dans l'avenir.

Suites opératoires. — Ont été très simples. La malade a très bien supporté l'opération, sans choc, sans vomissement. Le seul incident est qu'on a dû la sonder pendant 15 jours après l'ablation de la sonde. Les mèches ont été enlevées le 11^e jour, puis des pansements ont été faits tous les deux jours et la plaie s'est cicatrisée rapidement.

La malade quitte le service le 31 décembre, c'est-à-dire trente-six jours après l'opération, ne gardant qu'une plaie insignifiante. Son anus iliaque fonctionne bien. L'état général est parfait.

29 mai 1904 : La malade nous écrit aujourd'hui : « Je

suis heureuse de vous dire que du côté de mon opération, je vais bien. L'anus fonctionne bien, l'appétit et la digestion sont excellents. »

Mais la malade présente un état nerveux particulier : « J'entends dans ma tête des bruits, des sons de cloches. J'éprouve comme des frayeurs, des appréhensions, dont je ne puis me rendre compte. Je ne puis rester seule. »

Il s'agissait simplement de neurasthénie post-opératoire, et non de manie.

Examen histologique de la tumeur : Sur l'une des préparations, on reconnaît qu'il s'agit d'un carcinome (épithélioma cylindrique métatypique).

Sur l'autre préparation, les parties carcinomateuses sont moins nettement visibles. Le stroma est abondant et dense.

Examen du ganglion : Il s'agit nettement d'un ganglion envahi par des éléments néoplasiques. Ces éléments sont de même aspect que ceux de la tumeur du rectum (Epithélioma cylindrique). Donc généralisation ganglionnaire.

30 janvier 1907. — Le Docteur CHESNEAU écrit que la malade va actuellement très bien.

Février 1907. — On reçoit une lettre de la malade, elle exprime longuement son enthousiasme et sa reconnaissance pour son chirurgien. Sa santé est excellente, l'appétit est bon. La malade a grossi. Les selles sont très régulières. Elle n'a pas pris de laxatifs depuis près d'un an. A eu seulement, à deux ou trois reprises, une légère diarrhée. L'état nerveux, qu'elle signalait en 1904, n'existe plus, non plus que l'ennui considérable que lui créait son anus iliaque : « Surtout, j'ai pu prendre sur moi de supporter le plus vaillamment possible l'épreuve que Dieu m'a envoyée. » La malade est encore réglée.

Le compte rendu opératoire de cette malade montre que l'on avait à faire à un néoplasme posté-

ricur. Par la ligature des hypogastriques on a pu pratiquer une exérèse très large en hauteur et en largeur. Il n'y a pas eu de récidives, bien qu'il y ait eu déjà métastase ganglionnaire et que l'atmosphère périrectale fut envahie.

OBSERVATION N° 17

(Docteur MARTIN DU PAN. — Statistique de KOCHER, Obs. 36)

Mme K... de Z... Anamnèse du 26 avril 1902. La patiente a eu parfois des selles sanglantes en été 1901 qu'on attribue à des hémorroïdes. En février 1902, alternatives de diarrhée et de constipation. Ballonnements et douleurs à la défécation. Quelques hémorragies entre les selles. Depuis mars, teinte subictérique, amaigrissement de 10 kilogs, perte de l'appétit. La malade a été opérée il y a trois ans pour descensus-utéri.

Status du 28 avril 1902. — Malade anémiée (60 % hémoglobine) mais non cachexiée. Tumeur du rectum, située à la portion anale, occupant la paroi antérieure et adhérente au vagin jusqu'à son cul-de-sac postérieur. A l'anus, la tumeur est circulaire et remonte seulement de 2 cm. en arrière, le rétrécissement n'est pas très considérable. La tumeur est bosselée, très dure, ses limites sont nettes et la muqueuse qui l'entoure normale.

Examen de la tumeur excisée. Tumeur ulcérée en cratère de 6 cm. de diamètre, bords surélevés, épaissis, indurés, gris à la coupe. C'est un carcinome à cellules cylindriques, infiltrant toute la paroi du rectum et envahissant le tissu périrectal.

Opération le 30 avril 1902. — Narcose au brométhyle, éther. Position gynécologique : Excision de la paroi postérieure du vagin, avec des ciseaux courbes, jusqu'au-dessus de la tumeur ; on saisit les vaisseaux à mesure, l'hémorragie est insignifiante. Suture de la paroi postérieure du vagin à

la soie. Suture de la muqueuse rectale avec la peau de l'incision postérieure au catgut, suture du périnée au catgut.

Evolution : Traitement de la plaie ouverte dès le début par des irrigations et tamponnade. Guérison par seconde intention en six semaines. 20 juillet 1902 : revient se faire faire une plastique du périnée. Guérison par première intention.

Le 22 août 1922, la malade est toujours un peu pâle, pas d'augmentation de volume du foie, pas de récidence locale, le périnée est bien reconstitué, il a 3 cm. de long entre l'anus et la vulve, pas de communication entre le vagin et le rectum; la malade quitte la clinique.

Le 16 décembre 1903, la malade a repris de l'embonpoint. La cicatrice est souple, la guérison complète, il ne reste qu'un peu d'incontinence quand les selles sont liquides. La muqueuse rectale est absolument normale. Dans les efforts de défécation, il se fait un prolapsus de la muqueuse de la paroi postérieure du rectum de la grosseur d'une noisette. qui rentre à volonté.

Cette observation montre la parfaite guérison un an et demi après l'opération dans laquelle la paroi vaginale postérieure avait été excisée.

OBSERVATION N° 18

(Thèse RICHARD, Obs. 1)

Cancer du haut rectum. Amputation abdomino-périnéale en deux temps. Hystérectomie abdominale totale préalable. Guérison (survie actuelle 15 ans).

Marie Rab. religieuse, 33 ans. Entrée à la Charité, le 10 juillet 1905, pour cancer du haut rectum. On le percevait par le toucher rectal du bout du doigt; il paraissait très volumineux et donnait lieu à des phénomènes d'obstruction

chronique. La malade fut opérée par M. TIXIER, qui suppléait alors M. POLLOSSON, à la Charité, 13 juillet 1905.

1^{er} temps. — Laparatomie médiane. Délimitation de la tumeur et destruction des adhérences au pelvis. Pour donner du jour et de propos délibéré, M. TIXIER enlève l'utérus sain et ses annexes. Celles-ci, du reste, malades et présentant de petits kystes. Section du colon pelvien. Etablissement d'un anus définitif aussi bas que possible. Fermeture du bout coléo-rectal, qui est enfoui soigneusement sous le plafond péritonéal constitué par la suture du feuillet péritonéal antérieur au péritoine postérieur. Drainage par le vagin. Fermeture du ventre.

2^e temps. — 1^{er} août 1905. Incision périnéale, permettant de fermer hermétiquement l'anus et de transformer le rectum en vase clos. Section de la cloison recto-vaginale jusqu'au Douglas déjà ouvert par l'hystérectomie totale antérieure. On fait l'ablation du rectum et du colon sus-jacent sans avoir à se servir d'une incision abdominale. Pièce enlevée : 16 cm. de long, 6 cm. de large. Examen histologique par le Professeur PAVIOT. Epithélioma. Suites opératoires : très simples. Guérison rapide. Suites éloignées. Janvier 1906. M. Tixier revoit la malade, elle n'avait aucune trace de récurrence ; elle allait parfaitement bien et avait notablement engraisé.

Janvier 1907, M. Tixier reçoit une lettre de cette religieuse, qui fait à nouveau sa classe dans un état de santé florissant. Son anus contre nature fonctionne très régulièrement matin et soir, elle se déclare très heureuse.

Janvier 1908. L'état de la malade est toujours très satisfaisant.

Septembre 1920. Nous avons écrit à cette religieuse, qui déclare se trouver dans un état de santé excellent. Elle se lève dès 5 heures du matin, ne se couchant que le soir à 9 heures, employant sa journée à la surveillance de fillettes et au nettoyage de la maison, Elle a souffert, dit-elle, les

premières années qui ont suivi l'opération. Maintenant, tout va bien, elle a très bon appétit et dort très bien la nuit. Personne, à part quelques amies intimes, ne se doute de son infirmité. Survie de 15 ans et 4 mois.

Extirpation de la cloison recto-vaginale. Longue survie.

OBSERVATION N° 19

(Thèse RICHARD, Obs. 9)

Gros cancer du bas rectum avec envahissement de la cloison recto-vaginale. Amputation en deux temps. Hystérectomie abdominale totale. Guérison.

Mme O..., d'Annonnay, 43 ans, vient consulter M. TIXIER en juin 1914.

Symptômes évidents de cancer du rectum. Au toucher, énorme masse néoplasique occupant l'ampoule et ayant envahi la cloison recto-vaginale. Impossible de la dépasser, même au toucher rectal profond. La région sphinctérienne est envahie. C'est un cancer encéphaloïde à marche très rapide. La malade est vigoureuse, malgré un envahissement considérable. On résolut l'ablation de la tumeur par la méthode en deux temps.

1^{er} temps, le 15 juin 1914. — Grande laparatomie médiane sus-pubienne. Hystérectomie abdominale totale avec conservation d'un lambeau péritonéal antérieur. Section du colon descendant. Le bout supérieur est fixé en anus contre nature dans la fosse iliaque gauche. On amorce le décollement et l'hémostase du bout inférieur et, après l'avoir soigneusement fermé et enfoui sous le grand lambeau péritonéal qui isole tout le pelvis, on fait un simple drainage. Fermeture totale du ventre.

2^e temps, le 15 juillet 1914. — L'anus contre nature fonctionnant très bien, la malade étant dans d'excellentes conditions, on pratique l'amputation du rectum cancéreux. Incision de Lisfranc en sectionnant la cloison vaginale postérieure. On peut enlever tout le rectum et le bas colon pelvien, en agissant constamment sous le péritoine formant plafond au-dessus du pelvis. Très aisément, la portion réséquée tombe dans la main du chirurgien. Hémostase facile. Gros tamponnement de l'énorme brèche. Suites immédiates : simples. Aucune complication. La malade quitte la clinique fin août 1914. Suites éloignées : Grâce à un appareil approprié et bien toléré, la malade ne souffre plus, engraisse et a repris sa vie normale.

10 janvier 1920. — La malade a toutes les apparences d'une bonne santé. Elle se déclare guérie et, chose curieuse, elle ne demande même pas qu'on lui rétablisse son anus normal. L'exploration de la région opérée ne décèle aucune récidive. Le tissu de cicatrice a considérablement rétréci la brèche créée par l'ablation du bout terminal de l'intestin de la région sphinctérienne et de la cloison recto-vaginale. Il existe une cystocèle considérable par chute de la paroi vaginale antérieure, mais la malade ne s'en plaint pas.

Octobre 1920. — État de santé excellent. Survie 6 ans 4 mois.

Exérèse large avec extirpation de la cloison recto-vaginale dans un cancer antérieur : longue survie, malgré une extension marquée du néoplasme avant l'opération.

OBSERVATION N° 20

(Thèse de RICHARD, Obs. 10)

Cancer du haut rectum. Opération en deux temps,

1° Anus colique gauche de Pollosson ;

2° Hystérectomie totale ayant permis l'entérectomie avec entérorraphie circulaire bout à bout. Guérison. La malade a conservé son anus iliaque gauche. Mme C. de Civieux, d'A., est amenée, en mai 1914, à la clinique de M. TIXIER. 58 ans. Symptômes d'obstruction progressive du gros intestin depuis un an environ. Amaigrissement considérable. Selles glaireuses et sanguinolentes avec ténésme. Douleurs sacrées progressives. Au toucher, l'index perçoit, à 6 cm. environ au-dessus du sphincter, un gros cancer solidement fixé en arrière contre le sacrum. Le bout de la phalangette s'engage dans une filière qu'il est impossible de délimiter en haut. M. TIXIER se propose d'essayer la méthode en deux temps avec conservation du sphincter.

1^{er} temps, 13 mai 1914. — Laparatomie para-rectale gauche, aucun signe de généralisation péritonéale, mais gros cancer occupant le haut rectum et le bas colon pelvien. Une longue portion de l'S sigmoïde est heureusement libre. Le plus haut possible, sur le colon descendant, on établit un anus contre nature Pollosson.

2^e temps, le 30 juin 1914. — Laparatomie médiane sus-pubienne. Hystérectomie totale avec lambeau péritonéal antérieur. Entérectomie du bas colon pelvien et du haut rectum avec conservation de la région sphinctérienne. Entérorraphie circulaire bout à bout. Drainage vaginal sous-péritonéal qui recouvre la section intestinale. Fermeture totale du ventre.

Suites opératoires : très simples, sauf une petite fistulette vaginale n'ayant causé aucun ennui.

Suites éloignées : A la déclaration de guerre, la malade peut quitter la clinique en excellent état. Très rapidement, elle reprend ses occupations, qui sont pénibles, car elle dirige une grande exploitation agricole ; tous les hommes sont partis, sauf son mari âgé de 62 ans. Pendant quatre ans de guerre, malgré son anus artificiel non refermé, M. TIXIER étant mobilisé, elle n'a aucun ennui.

En 1918. La malade, revue par M. TIXIER, est dans un état de santé excellent. Le sphincter anal est conservé. La fistulette vaginale existe toujours. Aucun signe de récédive. La malade est bien habituée à son anus artificiel ; tous les matins, elle consacre une heure à la vidange de son intestin. Elle hésite, puis refuse de se faire opérer.

En 1919. Etat général parfait, la malade vient souvent à Lyon pour ses affaires.

Juillet 1920, 6 ans après. La malade vit de la vie de tout le monde.

Décembre 1920. La malade continue à mener une vie très active, n'a aucun signe de récédive. Survie 6 ans et 11 mois.

Cancer haut situé, longue survie.

OBSERVATION N° 21

(Thèse de RONCHET, GOULLIQUOUD, Obs. 3)

Mme P... Diagnostic et résumé : Cancer de l'ampoule rectale. Amputation totale du rectum par la voie abdomino-périnéale avec ligature des hypogastriques. Guérison.

Mme P..., 53 ans, de Bourg-Argental (Loire), entre le 28 avril 1902, à l'hôpital Saint-Joseph, pour douleur à l'anus et dans tout le ventre pendant la défécation, méloena et constipation. Pas d'antécédents héréditaires, ni collatéraux. Mariée à 29 ans, mari bien portant. Trois enfants vivants et en bonne santé, un mort de méningite, un autre d'affection indéterminée. Il y a un an environ que la malade, très constipée, souffre en allant à la selle, et s'est aperçue qu'elle avait parfois du sang dans ses matières. Depuis six mois, elle a par moment des hémorragies rectales en dehors des sellés. Elle se plaint en outre d'être toujours constipée et de souffrir d'une façon très vive au moment de la défécation, les selles continuent à s'accompagner d'hémorragie,

Au toucher rectal, on sent une tumeur du volume d'une noix environ, bien limitée sur la paroi postérieure du rectum, facilement accessible au doigt. Elle paraît mobile, elle est traversée par une large fissure médiane et verticale. Elle tend à se pédiculiser dans l'ampoule rectale, en ce sens qu'il existe, au-dessous de la tumeur, une sorte de sinus. La tumeur étant refoulée par le doigt, son bord inférieur est à 10 cm. environ de l'anus. Rien d'anormal au cœur, ni aux poumons. Urine claire, albumineuse et sans sucre.

Opération par M. GOULLIoud (2 mai 1902). En présence de ce cas très favorable, M. Goullioud hésite entre quatre méthodes :

- 1° La méthode périnéale de Lisfranc ;
- 2° La méthode sacrée de Kraske ;
- 3° La méthode abdomino-périnéale, amputation totale ;
- 4° La méthode abdominale, résection par l'abdomen.

Finalement, il se décide pour la voie abdomino-périnéale, parce qu'elle assure une guérison plus radicale avec un moindre risque que le Kraske.

Anesthésie à l'éther sans incidents. L'anesthésie a été suspendue pendant le temps abdominal sans laisser réveiller la malade cependant.

1^{er} temps : Laparatomie : Incision ombilico-pubienne. Ligature des hypogastriques, très facile chez la femme grasse et au ventre distendu. Deux minutes pour chaque ligature, incision du péritoine au niveau de la bifurcation de l'iliaque primitive. A droite, on récline en dehors l'uretère très visible ; à gauche, on le récline en dedans. C'est un tort, parce qu'en détachant le méso rectum, il a fallu s'en préoccuper. Les ligatures sont faites au catgut Répin.

Incision iliaque gauche, juste pour laisser passer l'S iliaque. Transfixion de son méso. L'S iliaque est saisie entre deux pinces languettes de Kocher, séparées l'une de l'autre par un bon centimètre. Section aux ciseaux entre elles. Le

bout supérieur est laissé fermé par la pince de Kocher. Le bout inférieur est fermé par trois plans de suture, les deux premiers avant l'ablation de la pince de Kocher, le troisième après. Ce bout inférieur est alors rentré dans le ventre.

Par l'incision abdominale, on détache tout le méso et la graisse sous-jacente. Pincement, puis ligature vers le promontoire du bout du méso, renfermant l'hémorroïdale supérieure. Quelques ligatures veineuses sur l'intestin à réséquer.

On sectionne ensuite le péritoine autour du gros intestin dans le Douglas, un large lambeau restant adhérent à la pièce. Pincement et *ligature d'un ligament*, allant du rectum à la paroi pelvienne latérale et refermant probablement les hémorroïdales moyennes. L'intestin, aussi bien isolé, est repoussé et tassé au fond du bassin avec une mèche de gaze iodoformée. On met deux points de suture sur le péritoine sous le promontoire. L'utérus retombe sur la mèche pelvienne. Suture complète de la paroi abdominale à trois plans.

2^e temps. — Fixation de l'anus iliaque terminal. Douze points séro-séreux réunissent la séreuse viscérale à la séreuse pariétale de l'orifice. Quelques points muco-cutanés, au catgut chromique. Dans le but de prévenir le prolapsus intestinal, on fait un orifice très peu large. Peut-être aurait-il mieux valu pour cela mettre deux points réunissant l'aponévrose abdominale à l'intestin. Pansement de gaze collodionnée sur la suture de la laparatomie, laissant en dehors l'orifice iliaque.

3^e temps. — La malade est mise dans la position de la taille. On lave la région anale et péri-anale à l'éther. Incision ovale, verticale, circonscrivant l'anus, qu'on ferme avec deux pinces de Kocher superposées. On décolle le rectum des muscles périnéaux. C'est le temps qui donne lieu au plus fort écoulement de sang. Ceci montre bien le bénéfice de la ligature des hypogastriques et de l'hémorroïdale

supérieure. Bientôt, on arrive à la partie décollée par l'abdomen. On amène l'intestin en dehors et on achève l'isolement de celui-ci, le plus en dehors possible sur le côté de la tumeur. Quelques ligatures. Abaissement de la mèche de gaze iodoformée laissée par l'abdomen. Quelques points de suture sur le périnée pour diminuer la brèche ; celle-ci est bien drainée par des mèches de gaze iodoformée. Sonde de Pezzer, qui permet de faire un pansement de la plaie périméale. Durée de l'opération : près de deux heures. Pendant l'opération, un demi-litre de sérum et deux litres dans la soirée.

Examen de la pièce après un séjour de cinq jours dans le formol. La pièce qui avait 27 cm. n'en a plus que 17. Le néoplasme siège à 8 cm. de l'anus. Il a cinq centimètres de longueur sur quatre de largeur. Le néoplasme se présente sous forme d'une ulcération indurée, comme traversée par une large fissure. Aucun autre point malade sur l'intestin. Sur la face profonde de l'intestin, se trouve une couche épaisse de tissu cellulaire, c'est en somme le tissu cellulaire du méso-rectum et du méso-iliaque. On trouve des ganglions, soit sur les côtés correspondant à la tumeur, soit à la partie du méso-rectum. De chaque côté de la pièce, on voit deux lambeaux péritonéaux de plusieurs centimètres de longueur, correspondant au péritoine du cul-de-sac de Douglas. Ceci permet de voir que la tumeur siégeait dans la portion rectale non recouverte du péritoine, mais à la limite de celle-ci. En faisant une opération incomplète, on aurait pu enlever la tumeur sans toucher au péritoine.

Suites opératoires. — Ont été très simples. On a enlevé les fils et fait le premier pansement le dixième jour. Le 3 juin 1902, la malade quittait l'hôpital complètement guérie.

Novembre 1903. La malade écrit qu'elle va très bien.

5 mai 1904. Sur notre demande, elle nous écrit « qu'elle va aussi bien que possible ».

L'examen histologique de la tumeur confirme l'examen clinique et montre un cancer du rectum.

26 janvier 1907. Le Docteur GUYOTAT, de Bourg-Argental, donne sur notre malade les renseignements suivants : « les résultats de l'opération m'ont paru excellents ». Cette personne que j'ai vue à plusieurs reprises était dans un état général satisfaisant, l'appétit est bon, les digestions sont bonnes, mais la malade est constipée, l'anus iliaque fonctionne régulièrement. Bref, la situation était assez bonne, la malade pouvait vaquer à ses occupations dans sa maison, lorsqu'elle tomba malade en janvier 1907 et fut emportée par une broncho-pneumonie infectieuse ; je ne crois pas à une récurrence de néoplasme, car, en octobre 1906, j'avais vu Mme P... très contente, elle avait même repris deux ou trois kilos dans l'année.

L'absence de récurrence, dans ce cas, peut être imputée au siège postérieur du néoplasme et à la large extirpation de la gaine rectale. Nous insistons sur la ligature à distance de l'aileron de l'hémorroïdale moyenne.

OBSERVATION N° 22

(Amédée BAUMGARTNER, Soc. de Chir., 1920, p. 1223.

Obs. I)

Marie F..., 38 ans ; début des accidents il y a six mois par une crise de constipation suivie d'hémorragie anale. Nouvelle crise un mois après. Puis besoins continuels, émission de glaires sanglantes. Aucune douleur. Perte progressive de l'appétit, amaigrissement, pâleur, fatigue empêchant tout travail. Elle entre à l'hôpital au cours d'une crise de

constipation, et le Docteur PERUCHET lui fait un anus iliaque sous anesthésie générale.

Le 30 août 1916, à notre examen, nous constatons une tumeur bourgeonnante et saignante, sur la face antéro-latérale gauche de l'ampoule, haut située, et dont on ne peut atteindre l'extrémité supérieure. Elle est mobile, sauf en avant ; le toucher vaginal révèle un empâtement dans le cul-de-sac postéro-latéral gauche.

Opération le 9 septembre. Laparatomie médiane sous-ombilicale :

1° Section du colon et ligature en chaîne des vaisseaux du méso-colon, qui est infiltré d'une graisse épaisse et fluide ;

2° Hystérectomie abdominale totale ;

3° Décollement pré-sacré facile, poussé jusqu'à l'anus. Ligature des vaisseaux hémorroïdaux moyens, facile à droite. A gauche, libération difficile de la masse, qui entraîne la résection d'une petite portion de vagin ;

4° Fermeture du vagin, cloisonnement du petit bassin, suture de la paroi en un plan ;

5° Temps périnéal : incision périnéale après fermeture en bourse de la muqueuse, section des releveurs, résection d'une portion de la paroi postérieure du vagin adhérente, ablation de la masse intestinale. Drainage et mèches. Guérison après formation d'une collection de sang infecté devant le sacrum. Bon état général à la sortie de l'hôpital, le 15 octobre. Revue en excellent état local et général le 3 avril 1917. Des nouvelles récentes (1^{er} novembre 1920) accusent une guérison durable ; la malade travaille aux champs sans aucune gêne, ni fatigue ; l'anus iliaque fonctionne bien, avec une ou deux selles par jour.

Survie de 4 ans après exérèse de la cloison recto-vaginale pour un cancer déjà envahissant.

OBSERVATION N° 23

(Aimée BAUMGARTNER, Soc. de Chir., 1920, p. 1224,
Obs. II)

Hélène B..., 40 ans. Début des accidents, il y a deux ans, par une crise de constipation opiniâtre suivie d'une selle sanglante. Depuis cette époque, hémorragies anales assez fréquentes, besoins fréquents d'aller à la selle, suivis d'émissions de glaires fétides ; enfin, douleurs exacerbées par la défécation, devenant depuis peu continues.

Actuellement, état général précaire, amaigrissement, grande faiblesse. Pas d'occlusion.

Toucher rectal : Cancer bourgeonnant, situé à un centimètre et demi au-dessus de l'anus, s'étendant sur toute la paroi latérale droite de l'ampoule rectale et envahissant la paroi antérieure, remontant à plus de 12 centimètres, si bien qu'on arrive très difficilement à le contourner en haut. La tumeur est mobile, sauf en avant.

Etablissement d'un anus iliaque gauche le 13 février 1917. Anesthésie locale, procédé du « pont de peau ». Dans la suite, lavages journaliers du bout inférieur de haut en bas. La malade se remonte beaucoup, engraisse, ne souffre plus. Son état général devient excellent.

Opération le 17 mars. Laparatomie médiane sous-ombilicale : x

1° Section du colon ilio-pelvien, au-dessous de l'anus et libération de l'intestin après suture de la mésentérique inférieure, au-dessous du tronc des sigmoïdes, au-dessus des ganglions hypertrophiés.

2° Hystérectomie abdominale totale et résection d'une tranche de la paroi vaginale postérieure, qu'on laisse adhérer au rectum.

3° Décollement pré-sacré et ligature des vaisseaux hémorroïdaux moyens.

4° Fermeture du vagin, cloisonnement du petit bassin et suture de la paroi abdominale.

5° Temps périnéal : fermeture en bourse de l'anús, section des releveurs, ablation de la masse. Réfection du vagin. Drainage et tamponnement sans aucune suture périnéale. Guérison sans incident.

A la sortie de l'hôpital, le 22 avril, la plaie périnéale est presque complètement cicatrisée. L'anús iliaque fonctionne parfaitement ; la malade va à la selle le matin, elle ne porte pas d'appareil. Les nouvelles récentes (1^{er} novembre 1920) montraient une guérison prolongée ; la malade travaille à l'usine sans fatigue, l'anús iliaque fonctionné parfaitement.

Tumeur déjà envahissante, résection de la paroi vaginale, survie de 3 ans $\frac{1}{2}$.

OBSERVATION N° 24

(BOECKEL, XI^e Congrès de Chirurgie Français,
22 octobre 1897, pp. 609-625)

Le plus brillant résultat a été celui que j'ai obtenu sur une dame de 45 ans habitant un département de l'Est. Opérée en 1885, elle vit encore à l'heure actuelle, depuis 12 ans et se porte à merveille ; j'avais eu de ses nouvelles pour la dernière fois en 1889, quatre ans après l'opération que je lui avais faite et qui avait consisté à *amputer le rectum et la cloison*.

OBSERVATION N° 25

(BOECKEL, XI^e Congrès de Chirurgie Français,
22 octobre 1897, pp. 609-625)

Shub (Caroline), 50 ans. Carcinome cylindrique remon-

tant à 7 cm. au-dessus de la marge de l'anūs. Cloison recto vaginale carcinomateuse. *Extirpation de 11 cm. de rectum et de la cloison.* Du 20 janvier 1876 au 14 février, jour de l'exeat. Guérison complète, constatée après onze ans et demi. Morte d'hydropisie.

Ces observations montrent les beaux résultats obtenus par l'extirpation de la cloison recto-vaginale, même dans un cas où *la paroi vaginale était envahie.*

OBSERVATION N° 26

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé SCHWARTZ)

Mme L..., 52 ans, survie actuelle de 4 ans 1/2. Syndrôme typique, hémorragies, constipation, douleurs, amaigrissement. Au toucher : pôle inférieur de la tumeur à bout de doigt.

Opération septembre 1919. — Laparatomie médiane sous-ombilicale. On voit le néo, haut placé, extirpable. Hystérectomie subtotal. Libération du rectum sur les côtés, du pédicule hémorroïdal supérieur qui contient des ganglions assez haut. Section entre deux ligatures du pédicule total au-dessus des ganglions, sans se préoccuper des collatérales. Section entre deux pinces au thermo du rectum à hauteur du promontoire très au-dessus du néo. Encapuchonnement des deux bouts, le supérieur est sorti du ventre, l'inférieur est posé dans le petit bassin. Péritonisation minutieuse. Fermeture du ventre : Le bout inférieur émergent est fixé par quelques points à la peau. Ablation périnéale du bout inférieur de l'intestin, mèches éthérées, sans aucune suture.

Pièce : la longueur est d'environ 35 à 40 cm. Le néo (une belle rosace à bords surélevés non circonférentiels) est à environ 15 cm. de l'orifice anal, il y a 15 à 20 cm. d'intes-

tin au-dessus. Suites très bonnes. Ablation des mèches périnéales vers le 12^e jour. Plaie d'abord à surface grisâtre, rapidement très belle et rouge. Section au thermo du segment intestinal dépassant vers le 15^e jour, suture abdominale parfaite, 20^e jour, rétention d'urine, cesse à la 3^e semaine, cystite.

15 novembre : Guérison presque complète de la plaie périnéale. Persistance de la cystite. L'anus fonctionne de façon parfaite et la malade en est très satisfaite.

Cancer haut placé, pas de résection du vagin. Guérison.

OBSERVATION N° 27

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Schwartz)

D... (Elise), 35 ans. Résumé clinique : A vécu trois ans en pays envahi et souffert beaucoup des privations. Antécédents génitaux : métrosalpingite g. en 1917.

Mars 1920 : Arrêt des règles.

29 août 1920 : fatigue, amaigrissement, constipation. Examen : on trouve une masse dans le rectum, très élevée, que l'on prend pour des matières fécales ; l'utérus semble aussi augmenté de volume, annexes gauches douloureuses.

Mai 1920 : Constipation opiniâtre, pesanteur dans le bassin. La malade prend des lavements, mais, à la fin de mai, l'introduction de la canule dans le rectum devient difficile.

4 juin 1920. Examen : tout le rectum est occupé par une tumeur qui est portée plus particulièrement à droite. La paroi postérieure du rectum ne paraît pas intéressée. On pense alors que la masse prise, un mois auparavant, pour des matières fécales n'était autre que le début d'une tumeur, qui évolua rapidement pendant le mois de mai, au point d'occuper et d'obturer tout le rectum. L'utérus très augmenté de

volume (gravide) occupe l'abdomen à gauche. Diagnostic : Néoplasme du rectum.

9 juin 1920 : Entrée à Broca.

Opération 15 juin 1920, SCHWARTZ et DOUAY.

Temps abdominal : Laparotomie sous-ombilicale. Hystérectomie totale, l'utérus contient un fœtus de 3 mois $1\frac{1}{2}$ environ. Incision du méso rectum (de part et d'autre de l'intestin. Libération de la mésentérique inférieure, qui est accompagnée très haut de ganglions très durs nettement néoplasiques. Section du pédicule mésentérique entre deux ligatures au-dessus du dernier ganglion perceptible. Section de la partie terminale de l'S iliaque au thermocautère entre deux ligatures. Péritonisation soignée. Double sujet séreux. Le moignon inférieur est repoussé dans le petit bassin. Le moignon supérieur fixé à la paroi à la partie moyenne de la plaie de façon à former un anus définitif, qui est ouvert le lendemain. Le segment inférieur a été libéré en sacrifiant la paroi vaginale postérieure qui adhérait au néoplasme.

Temps périnéal : Fermeture de l'anus par points en bourse. Incision circulaire. Libération du segment périnéal du rectum et extraction hors de sa gaine fibreuse, à laquelle il adhère fortement. Hémostase, mèche dans la cavité.

Pièce : à la coupe, on voit nettement que la paroi vaginale postérieure ne glisse plus sur le rectum. La cloison est épaisse, infiltrée. De même, tout le segment du canal anal paraît infiltré.

Examen histologique : Muqueuse rectale : épithélioma cylindrique. Masse du cancer : *idem*. Ganglion le plus haut situé à 17 cm. de l'anus, enflammé et pas envahi. Cloison recto-vaginale : muqueuse de la paroi postérieure du vagin intacte. Mais, sur la coupe, les travées épithéliomateuses s'approchent jusqu'à 8 mm. de la muqueuse vaginale.

Suites opératoires : Rétention d'urine persistant 15 jours. Sortie le 17 septembre 1920. Revue en novembre 1923, très bon état, aucune récurrence.

Opération précoce, cancer déjà étendu et affleurant le vagin. L'exérèse de la paroi vaginale a suffi pour obtenir une guérison.

OBSERVATION N° 28

(Due à l'obligeance de M. le Professeur J.-L. FAURE)

T..., 59 ans, 8 enfants, le dernier il y a 24 ans. Ménopause à 52 ans. Constipée depuis l'âge de 30 ans.

27 octobre 1917, à l'occasion d'une selle sans effort, sans douleur, expulsion de sang. Mis sur le compte d'hémorroïdes. Depuis, deux ou trois fois par mois, quelques filets de sang dans les selles, mucosités et peaux blanchâtres.

Il y un an, les douleurs sont apparues. Douleurs sourdes, envies pénibles d'aller à la selle. Défécation douloureuse, la malade est obligée d'avoir recours aux laxatifs et lavements. Depuis deux mois (avril 1920), amaigrissement très marqué.

12 juin 1920 : Entre à l'hôpital Broca. Examen : Toucher vaginal : Masse qui paraît régulière et occupe l'étendue de la paroi postérieure du vagin. Toucher rectal : à 2 cm. de l'anus, on trouve un rétrécissement. Le doigt s'engage dans un canal étroit à paroi indurée. Le défilé devient de plus en plus étroit et le doigt n'atteint pas l'extrémité supérieure de la lésion, qui semble s'élever très haut. La tumeur paraît surtout développée aux dépens des parois postérieures et latérales.

Opération le 22 juin 1920 (MM. J.-L. FAURE et NOUDIS) : Même technique que pour la malade n° 1 (dernière observation, n° 27), mais ligature des hypogastriques, ce qui a permis au 2^e temps de se faire presque sans perte de sang.

Suites opératoires : Rétention d'urine, persistant 22 jours. Le 14 juillet, la malade urine seule. Sortie le 16 août 1920.

Pièce : muqueusé rectale. Epithélioma cylindrique. Gan-

glion le plus haut situé à 18 cm. de l'anus, muqueuse de la paroi postérieure du vagin et partie antérieure de la cloison recto-vaginale non envahie par l'épithélioma.

Revue le mois de septembre 1923, en bon état, aucune récurrence.

2° Récidives réopérées. Nature de l'intervention.

Survies consécutives

Les observations suivantes nous permettent de conclure que *les récurrences se font fréquemment dans la partie antérieure de l'atmosphère périrectale*. Il a suffi chez la femme de pratiquer l'exérèse de la cloison recto-vaginale, siège de la récurrence, pour avoir dans deux cas des survies considérables, dépassant le chiffre de la guérison durable. Chez l'homme, l'enlèvement de la lame prostatique, lieu de récurrence, a procuré des guérisons définitives. La récurrence rapide dans d'autres cas, au niveau de la cloison recto-vaginale, suivie d'une survie assez appréciable, laisse supposer que la guérison eût été plus certaine si la première intervention avait extirpé d'emblée la cloison recto-vaginale. La récurrence apparaît comme une continuation du processus néoplasique. L'envahissement, presque toujours constaté dans les récurrences au niveau de l'atmosphère périrectale, et non au niveau de la muqueuse de l'intestin abaissé, nous oblige à considérer comme nécessaire l'exérèse complète de cette atmosphère. Il faut enlever la gaine fibreuse qui la contient pour être certain d'être complet,

OBSERVATIONS

1° Hommes.

OBSERVATION N° 29

(Recueillie dans le service de M. le Professeur CUNÉO).

F... (Edmond), 42 ans (Carnet 1908, n° 48). Opéré le 17 juillet 1908, épithélioma du rectum. Ablation de la muqueuse anale et fermeture du cylindre muqueux, comme dans le procédé de Withead.

Temps périnéal. — Incision transversale bi-ischiatique. Section du muscle uréthro-rectal. Décollement de la face antérieure du rectum jusqu'au niveau du cul-de-sac péritonéal. Isolement du bord interne des releveurs de l'anus. On contourne alors les faces latérales du rectum *en laissant en dedans l'aponévrose du releveur* et les faisceaux du muscle pubo-rectal. On poursuit les deux décollements latéraux jusqu'à ce qu'ils se rencontrent au niveau de la face postérieure du rectum.

2° temps. — Incision longitudinale postérieure, commençant au niveau de l'articulation sacro-coccygienne et finissant à 3 cm. de l'anus. Extirpation du coccyx. La sangle des releveurs est refoulée vers l'anus. Puis on procède à un décollement du rectum sur toute l'étendue de la concavité sacrée. Suture du rectum au-dessus de la sangle des releveurs. Pendant ce temps la ligature, posée sur la muqueuse, lâche. Il faut la remplacer par une pince en T. L'extrémité du rectum est attirée dans la plaie postérieure. Section des faisceaux rectaux, du releveur et de l'aponévrose recto-génitale. Section du pédicule hémorroïdal moyen. Section des vaisseaux hémorroïdaux supérieurs. Abaissement progressif du rectum. Section à trois travers de doigt au-

dessus de la limite sensible du néoplasme. Introduction du bout supérieur dans le conduit anal. Suture de la section à la peau. Réunion de la partie proche anale de la section postérieure par deux crins (cette incision s'est agrandie par déchirure). Tamponnement des plaies antérieure et postérieure à la gaze.

Epithélioma du rectum. Récidive dans le tissu cellulaire péri-rectal.

Ablation complète de la masse récidivée avec résection de la partie inférieure du sacrum. On met en place 17 centigrammes de radium trois jours après l'opération

Au cours de celle-ci, la paroi postérieure du rectum avait pu être ménagée, mais 48 heures après l'application du radium, fistules rectales (guérison).

Trois années sans récidives, bien que l'exérèse des lames latéro-rectales semble avoir été complète. La récidive surtout supérieure, d'ailleurs, peut être mise sur le compte de ganglions néoplasiques abaissés.

Après ablation des récidives et radiothérapie, survie de 6 ans.

Il semblerait que la récidive, due à des ganglions abaissés, soit plus facile à exciser complètement. Dans le cas qui nous occupe l'exérèse circonférentielle avait été suffisamment faite. Ce qui a permis une guérison de 6 ans, après excision de la récidive due à l'abaissement. Ce qui prouve bien l'importance de l'infiltration primitive des voies lymphatiques.

OBSERVATION N° 30

(MARTIN DU PAN, Statistique de KOCHER).

M. P. G..., 58 ans (obs. 16).

Anamnèse du 6 novembre 1894. Premiers symptômes en 1894. Alternatives de diarrhée et de constipation sans cause apparente. Plus tard, ténésme, faux besoins et selles sanglantes. Traitement par des eaux minérales et des lavements, les médecins consultés déconseillent une opération. Et ce n'est que quand le malade s'est amaigri et a perdu ses forces qu'il vient se faire opérer..

Status du 6 novembre 1894. Patient très maigre, mais pas cachectisé. Tumeur à 6 cm. de l'anus, circulaire, à bords nets, consistance dure, surface irrégulière, bosselée, formant un rétrécissement à peine franchissable pour le bout du doigt. La prostate est normale au-dessus de la tumeur, qui est mobile sauf à une petite place adhérente au sacrum en arrière.

Description de la pièce excisée : tumeur circulaire ulcérée de 4 cm. de long, le fond de l'ulcère est cicatrisé. L'infiltration a envahi le tissu périrectal jusque dans le tissu adipeux, c'est du carcinome à cellules cylindriques.

Opération du 18 novembre 1894. — Narcose-chloroforme éther. Méthode de Rydygier. On introduit un cathéter dans l'urèthre pour éviter de le blesser. On doit extirper une des vésicules séminales. Pendant la dissection, le rectum se déchire au-dessus de l'anus. On le ferme immédiatement par une ligature, puis on désinfecte l'anus et le bout inférieur, après les avoir ouverts par derrière sur la ligne médiane. On attire ensuite le rectum en bas en ouvrant le péritoine à sa face antérieure. Ligature du rectum 2 cm. au-dessus de la tumeur et excision au thermocautère. Suture du bout supérieur, toujours fermé par une ligature, à la marge de l'anus.

On laisse la plaie ouverte ; tamponnement à la gaze iodoformée. Le bout du rectum excisé a 11 cm. de long.

Evolution : Jusqu'au 22, pas de fièvre, le malade perd l'appétit, se sent faible. La plaie est propre ; la suture qui ferme l'anus commence à couper les tissus ; il sort des gaz par l'anus. Pansement avec irrigation toutes les trois heures. Température 39°4.

27 novembre. Malgré tous les antipyrétiques, la fièvre persiste. Il y a quelques places nécrosées sur la plaie ; on les traite à la teinture d'iode. On doit reséquer la partie du sacrum qu'on avait rabattue, à cause de la nécrose de la peau. Il se forme un abcès sur les deux épaules, qui contient du pus à staphylocoques. La faiblesse augmente, la langue est sèche, le pouls petit ; œdème du scrotum et des jambes.

5 décembre 1894. Bronchite avec un point de broncho-pneumonie à droite. La plaie granule bien.

7 décembre 1894. Subitement, il se fait un pneumothorax, on incise au thermocautère, la plèvre est vide. On sent à travers le diaphragme de gros noyaux cancéreux sur le foie.

Quelques minutes après, exitus.

Mort d'infection staphylococcique, de complication pulmonaire et de métastase au foie 19 jours après l'opération.

Cette observation est intéressante au point de vue de l'anatomie pathologique, montrant l'envahissement du tissu cellulo-adipeux de la gaine rectale ; il y a eu métastase rapide.

OBSERVATION N° 31

(Dr ARNDT, B. Frantz, 42 ans, obs. 7)

Anamnèse du 17 janvier 1889. Ténésme depuis mai 1888, sang dans les selles depuis quelques semaines. Ne peut uriner que quand il va à la selle ; pas de grandes douleurs.

Status du 15 janvier 1889. — Etat général encore bon. Quelques noyaux hémorroïdaux à l'anüs. Tumeur circulaire débutant à 3 cm. au-dessus de la prostate, de consistance dure, surface irrégulière bosselée. Elle forme une stricture à peine perméable pour le bout du doigt.

Opération du 22 janvier 1889. — Incision postérieure médiane jusqu'à 15 cm. au-dessus de l'anüs. Résection du coccyx et de la partie inférieure du sacrum. Le canal rachidien ouvert est immédiatement tamponné à la gaze iodoformée. Le rectum est disséqué et on extirpe de petites glandes carcinomateuses dans le tissu périrectal. Ligature de l'artère sacrée moyenne. Pendant la dissection du rectum, le péritoine est ouvert, mais immédiatement recousu. Résection de la portion cancéreuse du rectum entre deux ligatures. Puis suture, bout à bout, des deux extrémités de l'intestin. Tampon à la gaze iodoformée. Pendant trois jours, le malade n'a pas de selle. Le rectum se nécrose et la suture cède, ce qui donne un anus contre nature sacré.

Dans le cours de la guérison, on essaye de rapprocher les deux bouts par une suture, mais ils n'ont aucune tendance à se souder. On doit plus tard sectionner le sphincter anal par une ligature élastique pour que la plaie puisse se fermer. Le patient quitte l'hôpital le 16 mars. Une stricture cicatricielle, qui s'est formée au niveau du coccyx, doit être incisée le 25 octobre 1889.

Il se reforme une stricture cicatricielle, qu'on incise de nouveau le 4 février 1891. Le 6 mars 1891, les selles sont régulières; peu d'incontinence. Le 22 août 1891, nouvelle stricture: le rectum est immobile, adhérent au sacrum et à la prostate.

25 août. Excision de la récidue par une incision sacrée. Ligature de l'artère honteuse interne et section des nerfs qui sont pris dans les masses néoplasiques d'un tiers du sacrum.

L'hémorragie osseuse est très abondante et tamponnée. Le péritoine a été ouvert au cours de l'opération. La récidive est une tumeur de 8 cm. de long.

A l'examen histologique, on y trouve quelques tubes de cellules cylindriques dans un tissu conjonctif dense ; dans un endroit, un groupe d'alvéoles remplies de substance colloïde. Le bout supérieur du rectum est attiré en bas, et suturé à l'anus par quatre points. Drainage du rectum avec un gros drain de caoutchouc fixé au rectum.

Irrigation avec de l'acide phénique à 10 %.

Le 9 août, ablation des parties nécrosées et du drain. Le 3 septembre, la plaie commence à granuler. Le 26 septembre, la plaie est guérie. La paroi postérieure du rectum présente au toucher encore des irrégularités ; sauf cela, le malade se sent bien, a bon appétit. Le 11 janvier 1892, ouverture d'un abcès périrectal dans la fosse iliaque droite. Mars 1892, depuis un mois, le malade doit être toujours cathérisé. On constate des noyaux cancéreux palpables au foie.

Le 1^{er} avril, les métastases hépatiques ont augmenté rapidement et la cachexie a progressé. Mort le 18 avril 1892, 3 ans 3 mois après la première opération, 4 ans après le début des symptômes.

Autopsie (résumé du Protocole de l'Institut pathologique de Berne). — Noyaux cancéreux au ligament suspenseur du foie. Foie très volumineux (4.970 gr.), avec de nombreux noyaux cancéreux. On trouve aussi des noyaux sur le mésentère, l'épiploon, à la paroi postérieure de la vessie. Un carcinome de 7 cm. de diamètre à la 4^e côte gauche et à la 6^e côte droite, de nombreuses métastases aux deux poumons. Tout le petit bassin est rempli de masses cancéreuses. Une anse de l'intestin grêle, prise dans ces masses, n'a plus qu'une lumière laissant passer un crayon. L'appendice est en partie nécrosé, le cœcum est entouré d'un abcès, il présente une ulcération de 3 cm. de diamètre, perforant dans

cet abcès. La muqueuse du rectum est normale, la musculaire épaissie dans toutes les parois. Aucun nœyau cancéreux.

Il est manifeste dans cette observation que la tentative de réunir les deux segments rectaux a été la cause de la récidence. Exérèse insuffisante, alors que le tissu cellulaire était déjà envahi, puisqu'on y constate dès la première intervention des ganglions cancéreux.

OBSERVATION N° 32

(MARTIN DU PAN, Obs. 33, Statistique de KOCHER)

H. Christian, 60 ans.

Anamnèse du 27 juin 1900. Il y a un an, par hasard, le patient remarqua du sang dans ses selles, il fait plus attention et en trouve à peu près tous les huit jours. En janvier, un médecin, consulté à deux reprises, ordonne des gouttes, sans examiner le rectum. En mai 1900, envies fréquentes d'aller à la selle ; souvent évacuation de sang et de mucosités jusqu'à douze fois par jour. Depuis huit jours, douleurs hypogastriques.

Amaigrissement, perte de forces. Un deuxième médecin fait le toucher et découvre la tumeur.

Status : Petit vieillard encore robuste. Tumeur haut située à 5 cm. au-dessus de la prostate occupant la paroi antérieure du rectum, proéminent dans le rectum ; les bords sont nets ; la limite supérieure ne peut être atteinte avec le doigt, elle est mobile.

A l'excision, la tumeur se trouve être circulaire obliquement, remontant plus haut en arrière qu'en avant, ulcérée.

Examen histologique : Carcinome à cellules cylindriques, envahissant toute la *paroi du rectum et le tissu périrectal* ; quelques places ressemblent à un carcinome colloïde.

Opération du 16 juillet 1900. — Anesthésie par injection intra-rachidienne de 1 gr. de solution de cocaïne 2 p. 100. Méthode de Kocher modifiée : Incision médiane postérieure, résection du coccyx. Incision du rectum au thermocautère jusqu'au niveau de la tumeur. Dissection de la tumeur, ouverture du péritoine, que l'on referme par une suture après avoir attiré le rectum en bas.

Incision circulaire du rectum au-dessus de la tumeur. Excision de plusieurs ganglions dans le tissu périrectal. Suture de la paroi antérieure du rectum avec le bout supérieur.

On ne suture qu'en partie la paroi postérieure et tamponne l'autre avec une gaze iodoformée. Suture de la muqueuse rectale à la peau de l'incision coccygienne.

Evolution : La plaie granule bien. Le 15 août, il se fait un petit decubitus. On fait alors lever le malade et le baigne deux fois par jour.

Irrigation de la plaie.

18 octobre 1900. Etat général bon ; la plaie en bonne voie de fermeture. 1^{er} décembre 1900, il subsiste une fistule à la partie supérieure de la plaie de la grosseur du petit doigt.

10 décembre 1900. Il se forme une stricture cicatricielle.

15 janvier 1901. Excision par la voie postérieure de deux noyaux de récidence locale de la grosseur de noisette ; suture du rectum à la peau. Drainage.

23 janvier 1901. Les sutures ont cédé ; les matières fécales sortent par la plaie.

17 février 1901. Suture secondaire de la partie supérieure de la plaie.

1^{er} avril 1901. On continue la suture jusqu'à l'anus et elle tient.

18 avril 1901. Sortie de l'hôpital, sans douleurs avec des selles régulières.

Le patient ne peut cependant pas reprendre le travail et meurt de cachexie, le 29 mai 1901.

Nous noterons :

1° La récidive si rapide qu'elle peut être considérée comme une continuation du processus;

2° L'envahissement par le néoplasme des ganglions de l'atmosphère périrectale et de cette atmosphère elle-même. Exérèse circonférentielle insuffisante.

OBSERVATION N° 33

(D^r ARNDT. M. N. John, 52 ans, Obs. 2)

Anamnèse du 12 avril 1885.

Le patient souffre d'hémorroïdes depuis 4 ans. En juin 1882, hémorragies rectales, douleurs à la défécation et perte des forces. Le 23 janvier 1883, première opération d'un cancer du rectum par un chirurgien étranger. Une sténose se refait, qui nécessite deux nouvelles opérations. Malgré cela, la stricture se reforme toujours et les douleurs à la défécation sont insupportables.

Status du 15 avril 1885 : Cicatrice transversale au-devant de l'anus de 5 cm. de long ; l'anus est béant. Infiltration du tissu périnéal dans toutes les directions. Au-dessus de l'anus, une stricture laissant à peine passer le petit doigt on sent une tumeur irrégulière bosselée, se dirigeant à gauche. L'abdomen n'est pas ballonné, ganglions inguinaux engorgés.

Opération du 20 avril 1885. — Position latérale droite. Incision médiane postérieure, jusqu'au coccyx. Incision postérieure du rectum au thermocautère. La tumeur est difficile à disséquer dans le tissu cicatriciel; on doit réséquer une partie de la prostate. Les vaisseaux saisis avec des pinces

hë peuvent être liés ; on laisse les pinces dans la plaie et tamponne à la gaze au sublimé.

Le 21 avril, on enlève le tampon. La plaie est traitée par des irrigations à la solution de chlorure de zinc et guérie complètement en un mois.

18 novembre. Excision d'une partie de la cicatrice qui était suspecte et qui à l'examen histologique se trouve être du carcinome à cellules cylindriques.

21 mai 1886. Nouvelle excision d'une petite récidue sur la cicatrice au thermocautère ; guérison le 6 juin.

8 février 1887. Une petite récidue locale est encore excisée au thermocautère. Le 3 juin 1887, on constate un léger prolapsus de la paroi antérieure du rectum. En 1890, le patient se portait parfaitement bien, il n'avait aucune douleur, avait repris ses forces et pouvait retenir les selles bien formées. Il vaquait à ses occupations avec un simple tampon d'ouate, maintenu par une bande en T. Il a continué à se bien porter. Le prolapsus du rectum augmenta cependant et devint gênant. Un chirurgien lui conseilla de se faire faire un anus contre nature iliaque, pour mettre hors d'usage l'anūs sacré. L'opération, pratiquée le 10 juin 1900, fut suivie d'une guérison normale, mais le malade succomba à une pneumonie le 16 juin 1900. Il était resté guéri sans récidue 15 ans.

Cette observation nous montre qu'après une excrèse très limitée du néoplasme, une seconde intervention conduit à l'excision simultanée d'une lame prostatique et du rectum. Il y a eu quelques récides locales réopérées. Mais la survie fut de 15 ans.

OBSERVATION N° 34

(D^r ARNDT. M. A..., 44 ans, Obs. 9)

Anamnèse du 31 octobre 1889.

Une sœur du malade est morte de carcinome de l'estomac. Hémorragie rectale depuis 4 ou 5 ans. Depuis huit jours, les hémorragies sont devenues plus abondantes ; pas de douleurs.

Status du 29 octobre 1889 : Tumeur immédiatement au-dessus de l'anus, à surface irrégulière, bords indurés, déchiquetés, milieu ulcéré ; on n'atteint pas la limite supérieure.

Opération du 9 novembre 1889. — Incision médiane postérieure ; résection du coccyx. Incision de la paroi postérieure du rectum. Excision de la tumeur avec la paroi antérieure du rectum. Suture du rectum à la peau de l'anus. Tamponnade à la gaze iodoformée. La guérison opératoire se fait bien. Etat excellent en juin 1890. Le 2 juillet 1890, excision d'un noyau de récurrence haut situé et d'un second contre la prostate au thermocautère. Guérison en huit jours. Le patient se porte bien mais perd ses forces. Le 15 août 1893, 4 ans après l'opération, il meurt d'embolie cérébrale. On constate des métastases cancéreuses dans le foie. Pas de récidives.

Cette observation nous montre la localisation de la récurrence contre la prostate.

Il a suffi de cette excision pour avoir une longue survie sans récurrence locale ; mais il y avait des métastases dans le foie.

2° Femmes.

OBSERVATION N° 35

(BOECKEL, XI^e Congrès de chirurgie, 1897, Obs. 2)

Femme Schwarz, 50 ans. Carcinome cylindrique ampul-laïre. Extirpation de 10 cm. 1/2, 28 octobre 1876. Cicatrisa-tion lente complète le 29 janvier 1877.

Récidive dans la cloison après un an. Une nouvelle extir-pation portant sur la paroi recto-vaginale. Survie de 6 ans. Puis récidive locale inopérable.

OBSERVATION N° 36

(BOECKEL, XI^e Congrès de chirurgie, 1897, Obs. 19)

Femme Schultz, 58 ans. Extirpation d'un carcinome rec-tal sur une hauteur de 14 cm. le 1^{er} août 1884. Guérison le 30 septembre.

Après un an, récidive dans la cloison. Puis prolapsus utérin. Hystérectomie vaginal, 16 octobre 1886.

Pas de récidive pendant 3 ans et 1/2. Puis récidive ino-pérable dans les fosses.

Le siège des récides dans ces deux cas a lieu manifestement dans la cloison recto-vaginale. Il est vraisemblable que dans l'observation 36 la guérison eut été définitive, si l'exérèse avait porté primitive-ment sur la cloison recto-vaginale.

OBSERVATION N° 37

(Recueillie dans le service de M. le Professeur CUNÉO)

Mme D..., 52 ans. Récidive opérée, survie de deux ans.

Anus par le procédé autoplastique pour rétrécissement du rectum, 27 juillet 1921.

24 novembre 1921. Amputation abdomino-périnéale sans abaïssement. Rétrécissement du rectum (ampoule rectale) ayant déjà subi une entérostomie. Anus par le procédé autoplastique avec appareil de Roland.

— *Temps périnéal.* — Décollement pré-rectal dans la cloison recto-vaginale jusqu'au Douglas. Excision postérieure verticale rétro-coccygienne avec résection du coccyx. La libération du rectum ne donne lieu à aucune difficulté.

— *Temps abdominal.* — L'intestin sectionné a contracté quelques adhérences qu'on libère et la totalité de l'anse sous-jacente à l'anus est séparée de son méso après ligature de celui-ci. On incise circulairement le pourtour péri-rectal et, après décollement de celui-ci, on amène l'anse retournée sous le péritoine du niveau du décollement antérieur et on péritonise au-dessus de l'anse ainsi exclue de la cavité péritonéale. Fermeture de la paroi en 3 plans.

— *Temps périnéal.* — L'anse retournée est extirpée. Temps assez difficile en raison des adhérences qui remontent la portion postérieure du sphincter. Les hémorroïdales moyennes sont liées de ce temps.

Tamponnement et sonde de Pezzer.

28 juin 1922. Récidive opérée.

Ancien néo du rectum opéré. Ulcération de la fesse gauche au voisinage immédiat de l'anus.

Excision large et suture totale aux crins.

18 juin 1923. Végétations périnéales. Prélèvement pour biopsie.

21 septembre 1923. Ablation large d'une grosse récidive cutanée d'un néo-rectal amputé antérieurement. Les adhé-

rences profondes au sacrum empêchent de faire une ablation totale. On laisse largement ouvert pour radiothérapie.

En somme néoplasme de l'ampoule ayant récidivé à la partie inférieure de la brèche créée par l'intervention et ayant diffusé vers les plans superficiels.

OBSERVATION N° 38

(Recueillie dans le service de M. le Professeur CUNÉO)

B..., chez Mme V..., avenue de Neuilly.

Première opération en 1907. Ablation du rectum par voie périnéale. Récidive recto-anale et vaginale.

L'ablation de la récidive consista dans l'ablation assez simple du nodule de récidive anale et dans l'extirpation beaucoup plus compliquée de la récidive vaginale. Celle-ci siégeait hors du vagin au niveau de la partie moyenne de la paroi gauche. L'extirpation fut difficile en raison de la diffusion des lésions. Reconstitution pénible de la paroi vaginale. Décédée.

Cette observation nous montre que la récidive siégeait sur les faces latérales du vagin dans l'épaisseur des lames sagittales, c'est-à-dire à l'endroit où nous avons trouvé les connexions lymphatiques entre le territoire rectal et vaginal.

OBSERVATION N° 39

(HASSLER, Thèse Lyon, 1913, Obs. 24)

Cancer du rectum récidivé : ablation périnéo-vaginale. Femme de 45 ans, service de M. Bérard, 5 juin 1909. Elle a été amputée par M. Cavaillon le 25 septembre 1908. Deux

mois après, récidive. Au-dessus de l'anūs périnéal resserré, on sent, sur la paroi antérieure de l'ampoule, une masse bourgeonnante longue de 5 à 6 cm. infiltrant la cloison recto-vaginale.

22 mai 1909. Ouverture d'un anus iliaque gauche.

5 juin 1909. Ablation large vagino-périnéale de la récidive. Abaissement du bout supérieur à la peau. Cicatrisation complète le 10 juillet 1909. La malade est encore en bonne santé actuellement, n'accuse aucune gêne fonctionnelle, aucune douleur et est entièrement débarrassée de son cancer (1913).

Cette observation montre le siège antérieur de la récidive après ablation. La survie dura plus de 4 ans sans récidive.

OBSERVATION N° 40

(Thèse de RONCHET, n° 4)

Mlle J... Diagnostic et résumé : Cancer de la paroi antérieure du rectum ; première intervention en 1902. Entérectomie par voie vagino-ischio-rectale. Récidive en 1903, seconde opération, amputation du rectum par voie abdomino-périnéale. Antérieurement en 1899, hystérectomie abdominale totale pour fibrome. Guérison.

Mlle J..., 51 ans, rentre pour la quatrième fois à l'hôpital Saint-Joseph, le 26 novembre 1903.

Cette malade a déjà subi, le 3 mars 1899, une hystérectomie abdominale totale pour fibrome (poids 1 kg. 240) suivie, le 27 septembre 1899, d'une cure radicale d'une pointe d'éventration.

Elle revint en mai 1902 pour cancer de l'ampoule rectale bas située. M. M. Goullioud voulut conserver le sphincter et aborda la tumeur par la voie vagino-ischio rectale. Après

avoir incisé la paroi postérieure du vagin, il fit sauter le périnée et prolongea latéralement l'incision dans le creux ischio rectal gauche. Le rectum fut décortiqué au doigt le plus loin possible ; cette manœuvre fut rendue difficile par la présence d'adhérences nombreuses en rapport avec l'hystérectomie antérieure.

Une fois le rectum bien libéré, la tumeur fut isolée avec des pinces Goullioud et réséquée. On termina par une entéroraphie circulaire par deux plans continus de suture à la soie, avec de nombreux points de renforcement. L'opération se fit correctement, malheureusement il y eut suppuration. On fut obligé de débrider comme dans une fistule anale. Le sphincter fut sectionné et la malade perdit ainsi le bénéfice de l'opération conservatrice. Pendant 14 mois, la malade alla bien. Elle ne perdait ses matières que lorsqu'elle avait de la diarrhée ; l'état général était parfait. Elle avait pu reprendre son travail. Enfin, elle rentre de nouveau aujourd'hui pour hémorragies rectales. Celles-ci qui existaient déjà au mois de mai 1903, mais étaient rares et insignifiantes, sont devenues plus abondantes depuis un mois et demi, et se montrent même en dehors des selles. La malade souffre un peu dans le dos et éprouve une sensation de pesanteur au niveau de l'anus. Son état général se maintient excellent.

Toucher rectal : On sent une ulcération néoplasique très nette un peu au-dessus de l'anus. Cette ulcération siège surtout sur la face postérieure, et il semble qu'il y ait une certaine distance en avant entre la paroi vésicale ; celle-ci sur les côtés doit être bien proche du rectum, par suite de l'absence d'utérus.

L'induration néoplasique a encore une certaine mobilité.

L'opération est donc décidée.

4 décembre 1903. Opération ; Amputation abdomino-périnéale.

1^{er} temps. — Laparatomie ombilico-pubienne. Par suite de l'absence d'utérus entre les voies urinaires et le rectum, la vessie a glissé en arrière et forme un voile en croissant au-dessus d'une dépression recto-vésicale, dont le fond correspond au petit dôme du vagin atrophie.

Incision latérale gauche, à travers laquelle on fait passer l'anus iliaque. Section de celle-ci au thermocautère entre deux pinces. Le bout inférieur est fermé en cul-de-sac par deux points de suture à la soie.

Le segment ainsi exclu est libéré peu à peu de ses attaches péritonéales.

Comme cette portion de l'S iliaque paraît trop longue pour être enfoncée, recouverte d'une mèche dans le petit bassin, on en résèque 25 cm. De cette façon, on peut péritoniser facilement ; pour cela, on profite de la vessie, dont le péritoine est peu adhérent, pour faire avec le reste du méso de l'anse recto-sigmoïde une sorte de voile allant du pubis au promontoire, voile recouvrant la mèche de gaze iodoformée tassée dans l'excavation au-dessus du rectum. La péritonisation est laissée incomplète intentionnellement, ce ne sont que quelques points séparés de rapprochement. Ils ont pour but d'empêcher les anses intestinales grêles de trop descendre dans le bassin et de venir adhérer trop largement à la mèche de gaze. Les risques d'obstruction intestinale sont ainsi diminués.

Suture de la paroi en un seul plan.

2^e temps. — Etablissement de l'anus iliaque. Neuf points séro-séreux au fil de soie fin ; six points cutanéomuqueux et deux ou trois au-dessus et au-dessous sur la peau seule.

3^e temps. Temps périnéal. — Incision double ovale circonscrivant largement l'anus. Celui-ci, en effet, est irrégulier balafre, cicatriciel et nécessite une exérèse large comme la paume de la main.

En avant, on emporte, à dessein, *presque toute la paroi*

postérieure du vagin, sauf une petite languette à la vulve qui échappe aux ciseaux et une autre dans le fond à la terminaison du conduit. Le rectum est détaché de ses adhérences, on retrouve la vessie aux confins des fosses ischio-rectales. Un cathéter permet de se rendre compte qu'elle n'a pas été lésée.

En arrière, la tumeur adhère au plan osseux.

On taille largement et le coccyx est réséqué en faisant à mesure de l'hémostase; on lie notamment la sacrée moyenne. Quand l'extirpation est terminée, il reste une vaste brèche, au fond de laquelle se voit la mèche introduite par l'abdomen. Cinq pinces sont laissées à demeure et la plaie tamponnée à la gaze iodoformée. Suture de la commissure postérieure, sur une étendue de quelques centimètres, pour faire un plancher au pansement.

Sonde à demeure dans la vessie.

Durée de l'opération : 2 heures ; un litre de sérum pendant l'opération.

Examen de la pièce : On ouvre le rectum en sectionnant sa paroi antérieure de façon à découvrir et à étaler la muqueuse. On voit, immédiatement au-dessus de l'anus, deux grosses ulcérations bourgeonnantes en chou-fleur, chacune de la dimension d'une pièce de deux francs.

A 4 cm. au-dessous des ulcérations, on voit une petite végétation grosse comme un grain de riz et qui doit être le fait d'une greffe néoplasique.

En arrière, on sent toute une partie indurée, du volume d'une grosse noix, qui s'étend sans limite précise et est constituée par les tissus que la tumeur a envahis.

Longueur de l'intestin réséqué : 35 cm.

Suites opératoires : Les mèches ont été enlevées le cinquième et le dixième jour. La plaie est infectée et suppure abondamment. Grands lavages au permanganate.

Pas de miction spontanée. Un peu de température et de subictère.

24 décembre. Amélioration sensible ; la plaie a meilleur aspect, la malade se sent mieux. Elle urine seule. L'appétit revient. L'anus artificiel fonctionne bien.

A partir de ce moment, la malade a continué à bien aller. La plaie s'est cicatrisée très lentement ; finalement, la malade quitta le service au mois d'avril, conservant une sorte de vulve périnéale formée par ce qui reste du vagin et du périnée. Pendant seize mois, la malade a joui d'un bon état de santé ; elle avait eu l'idée heureuse de ne révéler à personne l'opération qu'elle avait subie. Elle a donc continué pendant seize mois, ayant un anus iliaque, à exercer sa profession de domestique sans que l'on se doute de son infirmité.

Avril 1905. La malade est revue dix-sept mois après l'amputation abdomino-périnéale.

A l'examen, on constate l'existence d'une récurrence profonde. On tenta même d'enlever le noyau de récurrence périnéale mais on dut y renoncer.

On se contenta de faire, à titre palliatif, une périnéorraphie pour soutenir la vessie, qui restait le seul viscère occupant le bassin. La malade continua à souffrir et mourut fin septembre 1905, soit 3 ans et 4 mois après la première intervention sur son cancer rectal.

Cette observation nous montre que la résection avec le rectum de la paroi postérieure du vagin, a amené une survie prolongée. Il semble que l'opération conservatrice ait été la cause de la récurrence.

OBSERVATION N° 41

(Thèse de RICHARD, Obs. 11, due à l'obligeance de M. le Professeur TIXIER).

Cancer sus-ampullaire du rectum. Opération en deux temps, conservation du sphincter.

1^{er} temps. — Anus contre nature, colique gauche de dérivation.

2^e temps. — Hystérectomie totale.

Entérectomie avec entérorraphie circulaire.

Guérison. Survie un an et 9 mois.

Mme F. M..., 51 ans, entre en janvier 1919 pour polype du rectum. La malade fait remonter son affection à environ un an. Début par des gargouillements, puis de faux besoins extrêmement fréquents, suivis seulement de l'expulsion d'un peu de glaires sanguinolantes. Elle n'accuse pas d'alternatives de diarrhée et de constipation. Matières ramollies, diarrhéiques, un peu amincies avec un peu de sang.

Symptômes de rétrécissement progressif du gros intestin.

À l'entrée, visage coloré, embonpoint, la malade mange bien et digère bien. La malade était soignée pour entérite.

Au toucher rectal, on constate un néoplasme du rectum que l'on arrive à dépasser en faisant pousser la malade. C'est un cancer sus-ampullaire, que l'on croit enlever en conservant le sphincter. Comme le cancer est sténosant, on décide de pratiquer un anus de dérivation colique.

1^{er} février 1919. Anus contre nature avec ouverture primitive du colon.

Le colon est court, grasseux, avec un méso permettant difficilement l'ascension du colon. Le deuxième temps sera difficile.

Les suites opératoires ont été simples, la malade n'a eu aucune réaction et sa dérivation s'est bien établie, mais elle fut atteinte pendant trois semaines de grippe avec température et congestion pulmonaire. On dut attendre pour pratiquer le deuxième temps. Entre temps, à l'examen, on constate qu'il n'y a pas plus qu'une épaisseur de pouce de la muqueuse saine au-dessus du sphincter. C'est donc un cas absolument limité.

12 mars 1919. Laparatomie sous-ombilicale médiane.

L'utérus est très petit (utérus infantile). On a bien soin en pratiquant l'hystérectomie de conserver autant de péritoine possible. Hémostase de la tranche vaginale. On conserve le péritoine de Douglas.

Au toucher, on repère le néoplasme ; il descend au milieu de la face postérieure du vagin. De chaque côté, on libère le péritoine du méso-colon et du méso-rectum, on arrive ainsi à mobiliser d'une façon satisfaisante le néoplasme. Hémostase du méso-colon et du méso-rectum.

Section au-dessus du néoplasme entre deux ligatures du rectum ; on décolle du péritoine le bout inférieur jusqu'au moment où au doigt on sent le bout inférieur sain.

A ce moment, section de l'intestin au-dessous du néoplasme. On s'aperçoit qu'en avant la section a porté dans le néoplasme, mais, heureusement, on voit très bien le point néoplasique, ainsi on peut très aisément, en taillant largement, faire une recoupe suffisante en tissu sain.

Entérorraphie : D'abord points perforants, points séparés à la soie, puis par des points séparés de péritonisation au catgut. Cette péritonisation se fait d'abord sur les côtés, du méso et sur la ligne médiane avec la réfection du Douglas sur la face postérieure de l'utérus.

Enfin, comme à la face postérieure il reste une surface, on glisse un drain par le vagin qui va se loger sous le péritoine.

Péritonisation avec le lambeau péritonéal antérieur que l'on rabat par-dessus l'entérorraphie et que l'on fixe d'une part au péritoine du Douglas, de l'autre à l'S iliaque.

17 mai 1919. Bon état de la malade, la continuité de l'intestin est très bien rétablie ; on pratique la cure radicale de l'anus iliaque par entérorraphie latérale.

Suites opératoires : Très simples, suture parfaite, le sphincter fonctionne régulièrement.

9 juin 1919. La malade quitte l'hôpital complètement guérie.

Suites opératoires : 8 décembre 1919, M. TIXIER revoit la malade ; elle se porte très bien, tout va à merveille. Elle a repris ses occupations et a notablement engraisé.

Décembre 1920. Etat de santé excellent, aucun signe de récurrence. Survie un an et 9 mois.

Cette observation montre que dans un néoplasme très limité, pris au début, il fut nécessaire de tailler en plein cancer, à la partie antérieure, le long du vagin. La récurrence fut rapide.

OBSERVATION N° 42

(RONCHET, Thèse de Lyon, 1907, Obs. 2)

Dans ce cas, il s'agissait d'un cancer invaginé de l'anse recto-sigmoïde, qui était descendu jusqu'à l'anus. Les douleurs, la constipation opiniâtre, les difficultés de la défécation qui s'accompagnaient de l'expulsion de la tumeur, les hémorragies rendaient une intervention nécessaire. Une première intervention conservatrice avec exérèse de la tumeur et entérorraphie circulaire est pratiquée, le 18 février 1899. Elle donne, au bout de quelques mois, une récurrence. Un examen est pratiqué à la fin du mois de juin, on constate une saillie suspecte sur la face postérieure de l'intestin, en un point que le doigt atteignait à peine. Cette opération permet à la malade de se remonter et de supporter ultérieurement l'amputation abdomino-périnéale (du rectum). Cette malade est actuellement sans récurrence, huit ans après.

Examen de la pièce de récurrence : L'intestin amputé mesure 35 cm. sur sa paroi postérieure, dont 18 de la tumeur à l'anus. Quant à la tumeur récidivée, elle consiste en une masse saillante mais sessile, du volume d'une petite noix, rappelant l'aspect de la tumeur primitive. A noter que l'entérorraphie

n'a pas créé de sténose intestinale à son niveau. Plusieurs petits ganglions étaient appendus à l'intestin.

Il s'agit d'une récurrence postérieure. C'était un cancer haut situé, presque un néoplasme du côlon. Cependant nous voyons que l'abdomino-périnéale fut nécessaire. Nous constatons que l'exérèse dans ces cas est toujours complète en largeur, puisque les voies lymphatiques sont dans le méso. Il suffit de s'étendre assez en hauteur.

OBSERVATION N° 43

(QUENT, Société de Chirurgie, 1914)

« J'ai opéré chez une femme, il y a dix-huit mois, un cancer du rectum du bas de l'ampoule, l'extirpation avait été rendue très malaisée par des adhérences anciennes de tout le bassin consécutives à une pelvi-cellulite suppurée que j'avais opérée 15 ou 16 ans auparavant. Il survint de la récurrence trois mois après dans la paroi vaginale, le long des lymphatiques vagino-rectaux ; il s'agissait d'un cancer alvéolaire des plus atypiques. L'opération combinée aurait-elle mis à l'abri d'une tumeur secondaire vaginale ? A-t-on la prétention d'enlever, par une opération combinée, tous les ganglions pelviens susceptibles de recevoir une colonisation à point de départ rectal, et faut-il aussi dans le cancer bas de l'ampoule enlever les ganglions inguino-cruraux de chaque côté, sous prétexte qu'ils peuvent être envahis sans qu'on s'en doute ?

Je suis partisan d'une exérèse large pour le cancer, mais préfère la précocité du diagnostic. »

3° Récidives non réopérées.

Analyse des raisons de ces récidives.

Dans tous les cas suivants, nous pouvons invoquer comme raisons d'une récidive rapide une extension primitive à l'opération de l'espace cellulaire péri-rectal. Cette extension n'est nullement en rapport d'ailleurs avec la précocité de l'opération, relativement au début clinique. Les cas les meilleurs, c'est-à-dire ceux où la récidive *in situ* a été tardive ou même ne s'est pas manifestée du tout (Cas de M. Okinczyk. Obs. 58), sont les néoplasmes de la portion sigmoïdo-rectale : tous les néoplasmes sous-péritonéaux qui avaient déjà essaimé dans l'atmosphère péri-rectale ont été suivis de récidives plus ou moins rapides. Les adhérences au plan génital, prostate ou vagin, peuvent n'être pas néoplasiques. Par contre, la récidive peut siéger en avant sur la prostate, alors qu'un clivage facile de la tumeur du plan prostatique avait pu faire supposer que la prostate était libre de toute propagation. Nous voyons également que l'envahissement de la cloison recto-vaginale est précoce et a pu se manifester cliniquement avant toute extension dans les ganglions lymphatiques hypogastriques.

OBSERVATIONS

1° Femmes.

OBSERVATION N° 44

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé SCHWARTZ)

Mme M..., 38 ans, néo- du rectum.

Novembre 1920. Début il y a environ un an, par suintements de sang, se reproduisant de temps à autre, puis de la pesanteur à l'anus; des hémorroïdes externes font des réapparitions. Elle les montre à un médecin en octobre; celui-ci ne fait pas le toucher rectal. Depuis quelques jours, ténésme douloureux.

Au toucher : Cancer végétant et induré commençant à 5 à 6 cm. de l'anus, impossible de pénétrer loin dans la filière et de sentir l'anus supérieur. En avant, on constate nettement l'adhérence au vagin, qui se mobilise avec le rectum. En arrière, le rectum paraît mobile et on ne sent rien de particulier ni latéralement. Le cancer semble circulaire. On ne perçoit de ganglions nulle part. La malade va à la garde-robe tous les jours et semble bien vider son rectum; elle souffre d'une façon presque continue, assez violemment, à des épreintes de faux besoin. Pertes sanguines insignifiantes, amaigrissement marqué.

Opération 19 novembre. — Ether, technique de la Société de Chirurgie novembre 1920. Difficultés assez grandes, passagères; le cancer adhère à toute la largeur du vagin et a infiltré les bords latéraux et la gaine vasculaire hémorroïdale moyenne. Celle-ci se clive donc bien moins. En arrière, un gros ganglion adhère à la fois au rectum et au sacrum, et il est difficile de l'amener avec le rectum, je l'obtiens en râclant fortement le sacrum. A part, ces difficultés, l'opération se déroule très bien et dure à peine une heure et quart.

Pièce : Cancer circulaire végétant avec ulcération centrale, hauteur 4 à 5 cm., distance à l'anus 6 cm. Longueur de l'anse enlevée 40 cm. Sur toute l'anse, polypose extrêmement abondante. Tous les polypes gros comme un noyau de cerise. Dans le pédicule hémorroïdal moyen gauche, des ganglions, dont un au contact même du rectum (noisette) et un (noisette) à 3 à 4 cm. de l'intestin.

Suites opératoires très simples, sauf que, dès le troisième jour, se déclare une pyélo-néphrite droite caractérisée par une température élevée le soir (39°) et de la polyurie trouble. Il s'agit évidemment d'une lésion antérieure à l'opération et d'ailleurs la malade me dit que, depuis longtemps, elle se lève cinq à six fois la nuit pour uriner. Sonde à demeure, qui fait diminuer la température et les urines. Le 6 décembre, la plaie inférieure est très belle, et je la ferme avec du catgut et des crins, laissant un petit drain en arrière et un gros en avant, autour duquel se reformera l'espèce de vagin. Ablation des fils de la partie abdominale le 12^e jour, la suture est bonne. Le 20 décembre, ablation des fils du périnée ; je retire aussi le petit drain postérieur, qui ne donne plus rien. Il ne reste donc plus que le drain antérieur, futur vagin. La malade se relève depuis une huitaine de jours. En somme, tout est parfait, sauf que la malade n'a pas encore la sensation du besoin d'uriner et qu'elle n'urine pas toute seule.

18 mois après l'opération, nous notons l'infiltration des lames sagittales.

Malgré l'extirpation de la paroi vaginale postérieure, la récurrence ne tarda pas à se manifester. Cependant la mort survient 18 mois après l'opération. Il s'agissait d'un cancer inopérable dans d'autres conditions.

Examen de la pièce :

1° Muqueuse rectale prélevée au niveau de la tumeur, épithélioma cylindrique;

2° Muqueuse rectale prélevée à 18 cm. au-dessus de l'anus, polypes muqueux. Les polypes sont constitués d'un axe conjonctif recouvert de muqueuses contenant des glandes hyperplasiées, mais conservant leur structure et leur ordination normale, adénome, pas d'épithélioma.

3° Ganglion lymphatique à 9 cm. de l'anus. Le ganglion est envahi par l'épithélioma, il a perdu toute structure lymphatique et est constitué de tissus fibreux renfermant des logettes d'épithélioma cylindrique.

4° Ganglions lymphatiques à 16 cm. de l'anus, envahis par l'épithélioma comme le précédent.

OBSERVATION N° 45

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé OKINCZYC)

Abdomino-périnéale, décès 4 ans après l'intervention.

Mme N..., 53 ans, nourrice, au service de la famille depuis 32 ans, n'a jamais été malade, a eu deux enfants actuellement vivants et bien portants. Antécédents : Depuis juillet 1913, présente quelques troubles des fonctions intestinales, qui avaient jusque-là été régulières sans constipation. La malade très grosse, très forte, n'a pas maigri sensiblement, mais elle se sent moins bien et est préoccupée par une tendance à la diarrhée (5 à 6 selles par jour par période). Elle a remarqué, au début, et de temps à autre, un peu de sang dans les selles. L'appétit a diminué un peu et le sommeil est également moins bon.

Examen : Ventre gros à paroi épaisse, un peu retombant. Pas de signes marqués d'amaigrissement. Un léger œdème des membres inférieurs au niveau des malléoles. Pas de douleurs, la palpation abdominale difficile est, du reste, négative.

Toucher rectal : Sphincter libre. La partie inférieure de l'ampoule est libre également, mais dans la région ampullaire on sent le bord inférieur dur, festonné, d'un néoplasme rectal, qui ne paraît pas circulaire, mais qui semble implanté sur la face latérale gauche du rectum. Le doigt parvient dans l'ulcération centrale, mais ne peut atteindre la limite supérieure du néoplasme. Celui-ci est assez mobile, et cette mobilité apparaît surtout quand on demande à la malade de pousser : la tumeur s'abaisse sur le doigt en s'invaginant un peu dans l'ampoule.

Rectoscopie : à 10 cm. de la marge de l'anus, le tube arrive sur le bord inférieur du néoplasme, mais ne peut s'engager au-dessus.

Examen des urines : Albuminurie, 1 gr. 39 ; constante, 0,206. Régime lacto-végétarien déchloruré, huit jours avant l'opération. Deuxième examen d'urine et deuxième constante : 0,127.

Opération le 17 février 1914. — Scopelamine morphine une heure avant l'opération. Chloroforme Bourbon. Aides : Lardennois et Logeais.

Position de Trendelenbourg : Coélotomie médiane sous-ombilicale. Valve de Doyen et écarteur de Gosset.

Fibrome utérin assez volumineux pour masquer le Douglas, au fond duquel apparaît un froncement du péritoine au siège du néoplasme, qui est mobile et opérable.

Je me décide à une hystérectomie sus-vaginale rapide pour deux raisons : la première, c'est que l'utérus est fibromateux ; la seconde, c'est que l'utérus masque la région et gênerait la libération du rectum.

En arrière, d'abord dans la concavité sacrée, je parviens ainsi facilement et rapidement jusqu'au releveur anal. En En avant, après avoir repéré l'uretère gauche, qui est libre, je commence la libération après incision du péritoine à distance du point froncé qui indique le siège du néoplasme et clivant la cloison recto-vaginale dans *l'espace décollable qui se laisse facilement ouvrir*, je parviens ainsi et rapidement au releveur de l'anus en doublant la tumeur. Je rejoins sur les parties latérales, toujours avec les doigts travaillant dans la profondeur, les libérations, antérieure et postérieure. Le rectum est ainsi complètement libéré en avant, en arrière et sur les parties latérales, sans hémorragies et sans que j'aie dû mettre une seule ligature, sauf celle placée sur l'hémorroïdale supérieure. Je ferme alors provisoirement la paroi abdominale avec deux fils de bronze. Je protège et je passe au temps périnéal.

Position gynécologique. Iode : Fermeture à deux plans de l'anus, après dilatation de cet orifice. Au niveau de la zone muqueuse et muco-cutanée, incision circulaire comme pour un Whithead. Je poursuis sur une hauteur de 6 à 8 cm. cette libération muqueuse en ménageant le sphincter externe nettement visible et complètement isolé et par quatre points de catgut. Drainage postérieur et gaze iodoformée. Un drain dans le rectum. En dehors des ligatures pour l'hystérectomie, je n'ai mis en tout que trois ligatures, une sur l'hémorroïdale supérieure et deux sur les hémorroïdales moyennes. Je reviens à l'abdomen, je péritonise en avant au moyen du péritoine vésical et je fais quelques points de péritonisation postérieure à l'insertion du méso-colon.

Fermeture du péritoine par un surjet au catgut. Fils de bronze sur les muscles et la peau.

Durée de l'opération : une heure et demie, sans incidents.

Le poulx à la fin de l'opération est bon, la malade ne paraît pas choquée. Suites immédiates remarquablement simples. Urines recueillies par sondage vont en augmen-

lant de jour en jour. Pas trace de sphacèle sur l'intestin, qui se réunit à la peau très rapidement.

Diminution progressive du drainage postérieur, la cicatrisation fait des progrès rapides.

La malade se lève le 21^e jour.

Revue le 19 mai. Très bon état général et local. Fonctions intestinales régulières, à la condition de prendre un petit lavement d'un quart de litre le matin. A pris du poids (3 livres).

Revue en 1915. Excellent état général et local.

Sphincter continent et avec contractions volontaires.

Morte de la grippe en mars 1918, mais présentait des troubles fonctionnels qui laissent supposer une récédive.

Dans cette observation on note **une longue survie** : la **gaîne rectale** a dû être enlevée. La **ligature des hémorroïdales moyennes** a dû être pratiquée. Il s'agissait d'un **cancer haut situé latéral**.

OSERVATION N° 46

(GOULLIQUOD, Thèse de Ronchet, Obs. 7)

Cancer du rectum. Amputation abdomino-périnéale. Guérison.

Mme J..., 34 ans, d'un petit village de l'Ain, entre à l'hôpital Saint-Joseph, le 11 avril 1904, pour des douleurs rectales. Cette femme n'a aucun antécédent héréditaire ni personnel. Elle fait remonter les débuts de sa maladie au mois de septembre 1903. Elle s'aperçut un jour que ses selles étaient sanglantes ; mais avant cette époque elle n'avait rien remarqué d'anormal ; elle allait à la selle régulièrement et n'avait jamais de diarrhée.

Depuis le mois de septembre, les selles ont continué d'être sanglantes ; il y a par moment des périodes de diarrhée et

de constipation ; mais, d'une manière générale, c'est la constipation qui prédomine.

Enfin, depuis un mois environ, des douleurs très vives se sont montrées ; elles siègent à l'an us et s'irradient dans les reins, avec épreintes et faux besoins. La malade est obligée d'aller à la selle au moins dix fois par jour, et chaque fois elle rend, au milieu d'efforts très pénibles, soit un peu de sang, soit des débris fétides.

Mauvais état général. Amaigrissement considérable, perte de l'appétit.

Tou cher rectal : Tumeur ulcéreuse du rectum, circonscrivant les trois quarts de la circonférence. Le doigt arrive à dépasser la limite supérieure; la limite inférieure siège à 3 ou 4 cm. au-dessus de l'an us. En arrière, la tumeur est fixée, par adhérence probable au sacrum ou tout au moins aux parties fibreuses environnantes. Par contre, elle semble bien indépendante, en avant de l'utérus et du vagin.

Opération 14 avril 1905. — Amputation totale du rectum par voie abdomino-périnéale.

1^{er} temps abdominal. — Incision ombilico-pubienne et incision iliaque gauche.

Par cette dernière, on fait passer l'S iliaque, qui est sectionné transversalement ; le bout inférieur est fermé par un double plan de suture.

L'intestin est alors libéré de son méso, que l'on sectionne entre deux rangées de pinces, puis de ligatures. On ne fait pas la ligature des hypogastriques.

Une mèche de gaze iodoformée est placée dans le petit bassin au-dessus de l'S iliaque exclu.

Sept points séreux, deux points musculo-séreux, quelques points muco-cutanés.

2^e temps périnéal. — Anus fermé par une pince de

Kocher. Incision de Lisfranc. En avant, le rectum se laisse bien décoller du vagin. En arrière et sur les côtés, cette manœuvre est moins facile à cause des fortes adhérences de la tumeur. On ne trouve pas de plan de clivage. Aussi est-on obligé de faire de nombreuses sections en rasant le plus possible le sacrum. L'hémorragie, à ce moment, est très abondante (les hypogastriques n'ont pas été liées), aussi après l'extirpation du rectum on laisse quelques pinces à demeure, et on tamponne fortement avec une grosse éponge et des mèches de gaze iodoformée. Sonde à demeure. Durée de l'opération : deux heures. La malade est assez affaiblie, malgré le sérum.

Examen de la pièce : L'intestin réséqué mesure 38 cm. de longueur. La tumeur siège à 6 cm. au-dessus de l'anus. Elle est surtout développée en arrière et sur les côtés. Elle est nettement circulaire, grosse comme une pièce de 5 francs (diamètre 6 cm.). Elle est bourgeonnante et circonscrite par un rebord saillant. Sur la face externe du rectum, au même niveau que la tumeur, on sent une masse très épaisse, adhérente à la paroi intestinale. La section montre un énorme ganglion. D'autres ganglions, mais moins importants, sont répandus dans le tissu cellulaire.

Un filet nerveux important a été entraîné avec la tumeur. Il mesure 25 cm. de longueur, il appartient probablement au plexus sacré.

Examen histologique : Il s'agit d'un cancer, infiltration épithéliale s'enfonçant profondément dans la tunique musculaire. Les cellules épithéliales métatypiques sont cylindriques ; elles forment des travées pleines, ou des tubes, ou des alvéoles.

Suites opératoires : Les suites opératoires immédiates ont été pénibles. La malade a eu pendant six jours des vomissements très abondants, d'abord bilieux, puis fécaloïdes. L'anus iliaque ne laisse passer aucune matière, si bien que l'on crut un moment qu'il y avait de l'obstruction intestinale.

Enfin, le 5^e jour, l'anús se mit à fonctionner et donna issue à beaucoup de matières ; il y eut encore des vomissements, le lendemain. Puis, ils disparaissent complètement, et depuis ce moment la malade va bien ; la cicatrisation de la plaie périnéale s'est poursuivie dans les délais normaux. L'état général est bon.

16 mars 1905. La malade se présente à notre examen. Elle signale des douleurs dans la fesse gauche, qui ont débuté il y a un mois.

A l'examen, on ne trouve pas de trace de récédive apparente ; l'utérus est fixé contre le sacrum par une gangue épaisse. On ne sent aucune induration suspecte. Cicatrice linéaire inter-fessière.

Petit anus iliaque parfait ; en général, la malade ne va à la selle qu'en prenant une ou deux fois par semaine une légère purgation. Va exceptionnellement d'une façon spontanée. La malade a encore un bon aspect de santé. Elle a pris 8 kilogs depuis son opération.

Novembre 1905. Une lettre du médecin de la malade nous apprend sa mort. Les douleurs signalées par la malade lors du dernier examen étaient les premiers signes subjectifs de la récédive.

Cette observation montre la rapidité de la récédive dans le tissu cellulaire pelvien. L'envahissement de la gaine fibreuse semble avoir été très précoce.

OBSERVATION N° 47

(Thèse de RICHARD, Obs. 12, due à l'obligeance
de M. le Professeur TIXIER).

Cancer sténosant du haut rectum. Opération en un temps.
Hystérectomie totale, ayant permis l'entérectomie et l'enté-

rorraphie circulaire bout à bout. Rétablissement des fonctions intestinales normales. Guérison.

Mme Noémie T..., 58 ans, entrée, le 5 juin 1907, pour troubles intestinaux progressifs. Depuis un an, la malade souffre d'une constipation opiniâtre, entrecoupée de débâcles diarrhéiques. Glaires et sang dans les selles, douleurs lancinantes dans la fosse iliaque gauche:

Cependant, aucune tuméfaction à ce niveau; le toucher rectal, poussé aussi loin que possible, ne révèle aucune tumeur. Au toucher vaginal, les organes pelviens paraissent sains. L'histoire clinique de la malade, l'amaigrissement considérable qu'elle accusait permettaient d'affirmer l'existence d'un cancer du gros intestin. A cause de la douleur à gauche, de la dilatation du cœcum, on pouvait présumer qu'il siégeait à gauche sur le gros intestin ou sur le rectum. Malgré l'âge de la malade, malgré la présence d'albumine dans les urines, une intervention radicale est décidée.

Le 15 juin 1917. Grande laparatomie médiane en position inclinée. L'S iliaque est très dilaté. On trouve une tumeur dure, sténosante, siégeant à l'union du colon et du rectum.

Hystérectomie abdominale totale avec ablation des ovaires, le gauche est adhérent. Lambeau péritonéal antérieur. Section du colon en tissu sain.

Décollement progressif du méso-colon et du méso-rectum, on arrive au ras de la tumeur.

Section du rectum en tissu sain. Il reste du rectum une portion saine de la longueur de l'index.

Après la libération du colon descendant, on arrive à mettre bout à bout le colon et le rectum anal au fond du pelvis. Grâce au jour énorme donné par l'hystérectomie, on arrive à pratiquer une entérorraphie circulaire à la soie et à points séparés.

Péritonisation à la soie avec le lambeau péritonéal antérieur au-dessus de la ligne de suture.

L'entérorraphie se trouve ainsi enfoncée sous un revêtement péritonéal continu.

Le pelvis est tout naturellement drainé par le vagin béant dans lequel on laisse une simple mèche de gaze.

Fermeture totale du ventre et établissement d'un anus coecal de sûreté.

Suites opératoires : Furent remarquablement simples ; jamais on n'eut la crainte d'une réaction péritonéale malgré l'apparition d'une fistulette stercorale vaginale, laquelle, grâce au procédé opératoire, n'a jamais produit aucune réaction péritonéale, le lambeau antérieur l'ayant toujours isolé du ventre.

Peu à peu, les fonctions intestinales se sont rétablies normalement par l'anus et l'anus artificiel s'est spontanément rétracté.

Actuellement, il laisse, de temps à autre, passer quelques liquides intestinaux.

Au toucher rectal, on sent à bout de doigt un anneau souple, recouvert d'une muqueuse normale représentant le siège de la suture intestinale bout à bout.

La pièce mesuré après rétraction 21 cm. de long. la largeur d'une pièce de 5 francs.

Suites éloignées : Cette malade est rentrée chez elle complètement guérie, ne présentant aucun trouble. Elle mène une vie très active, fait son ménage et effectue de grands voyages. Elle arrive à peser 80 kgs. Elle se maintient dans un état général excellent pendant 4 ans 1/2. Mais une récurrence tardive se produit et, après 4 mois de maladie, elle finit par succomber cachectique (D^r PÉTREMENT).

Survie 5 ans.

Cette observation nous montre le grand bénéfice d'une hystérectomie totale pour un cancer haut situé.

Le siège de la récidence nous manque d'ailleurs pour conclure à l'insuffisance de l'exérèse.

OBSERVATION N° 48

(Thèse de RICHARD, Obs. 13, due à l'obligeance
de M. le Professeur TIXIER)

Cancer de l'ampoule rectale. Opération en un temps. Hystérectomie abdominale totale ayant permis l'entérectomie avec entérorraphie circulaire bout à bout. Guérison. Anus colique secondaire pour occlusion post-opératoire.

Mme J... (Jeanne), 54 ans, entrée le 4 novembre 1912.
Rien aux antécédents héréditaires et personnels. L'affection actuelle débute il y a cinq mois par de fréquentes envies d'aller à la selle. Diarrhée passagère. Sang et glaires dans les matières, qui sont parfois dures et noirâtres. La malade ne souffre pas pour aller à la selle. Amaigrissement, perte des forces. Au mois d'octobre, difficultés et douleurs pendant la miction.

A l'entrée, malade amaigrie, teint jauné, appétit conservé, pas de fièvre, urines normales, ventre un peu ballonné avec submatité dans les flancs.

Toucher rectal : 5 cm. au-dessus du sphincter, masse très bien limitée, s'insérant sur la paroi droite de l'ampoule rectale avec un prolongement à la partie antérieure. Paroi postérieure gauche indemne, muqueuse souple et mobile.

Toucher vaginal : Vagin et culs-de-sac souples et normaux. Le sphincter étant sain, on décide l'entérorraphie.

Le 8 novembre. Laparatomie médiane.

Hystérectomie totale avec lambeau péritonéal antérieur. Entérectomie. On dissocie le méso-colon et le méso-rectum. Section entre deux ligatures du colon descendant à l'union du rectum, on s'efforce de conserver une collerette péritonéale périrectale, et par section descendante du méso rec-

tum, on arrive à dégager la portion cancéreuse que le doigt d'un aide introduit dans le rectum délimite par en bas. Section du rectum en tissu sain, dont il reste 4 cm. Hémostase soignée.

Suture bout à bout avec enfouissement séro-séreux avec le péritoine pelvien et rectal.

Mèche dans le vagin. Existence d'un espace rétro-rectal mal drainé.

Suites opératoires : Le 9 novembre. Météorisme abdominal considérable. Tympanisme. Pouls à 70. On attend en posant l'indication d'anus contre nature.

Le 10 novembre. La température monte, pas de vomissements, pouls rapide.

Météorisme persistant. Le lendemain, malade angoissée, l'intervention est décidée.

Le 11 novembre. Anus au colon descendant, ce dernier distendu sans exagération. Un peu de liquide séreux. L'intestin et le péritoine paraissent peu enflammés. A l'ouverture de l'intestin, écoulement assez abondant de matières. Par le vagin, écoulement de sang putride. La dilatation anale produit le même écoulement.

Le 6 janvier 1913. La malade quitte l'hôpital à peu près remise. Chez elle, elle a continué à souffrir et son ventre restait toujours ballonné. Les selles étaient cependant normales, ni diarrhée ni sang. Elle faisait son ménage avec beaucoup de peine. Elle n'a été voir aucun médecin ; néanmoins, comme elle est morte cachectique, le 20 mars 1916, on peut supposer une récurrence.

Survie 3 ans et 3 mois.

La topographie exacte de la récurrence manque. Néanmoins, nous noterons qu'il s'agissait d'un néoplasme ampullaire antérieur.

OBSERVATION N° 49

(MARTIN DU PAN, statistique de KOCHER)

Mme Elisabeth, 56 ans. Anamnèse du 13 juillet 1894. Premiers symptômes en automne 1893. Douleurs dans la région sacrée. Alternatives de diarrhée et de constipation, douleurs à la défécation. Faux besoins. Au printemps 1894, affaiblissement et amaigrissement considérables. Anémie. Subit plusieurs traitements internes sans succès. Les douleurs augmentent et deviennent insupportables, ce qui décide la malade à se faire opérer.

Status du 13 juillet 1894. Malade amaigrie, cachexiée, teint jaune paille, peau ridée. Douleurs localisées au rectum. Selles diarrhéiques et sanglantes. Foie normal. On constate une tumeur circulaire du rectum à surface irrégulière, bosselée, douloureuse au toucher. Le doigt pénètre à travers un rétrécissement avec un peu de peine et peut atteindre la limite supérieure de la tumeur, qui est très nette. Dilatation du rectum au-dessus de la tumeur, qui a une longueur de 6 cm. à 7 cm. Elle est bien mobile avec le rectum. La paroi postérieure du vagin est mobile sur la tumeur.

Examen histologique : Carcinome à cellules cylindriques.

Opération du 24 juillet 1894. — Injection 0,01 de morphine. Narcose. Chloroforme, puis éther. Position latérale. Méthode de Rydygier.

L'isolement du rectum se fait sans difficulté; on le lie au-dessus de l'anus et au-dessus de la tumeur. Le péritoine a dû être ouvert, on le referme après mobilisation du rectum par une suture continue au catgut. On attire alors le rectum en dehors de la plaie après l'avoir sectionné au-dessus de l'anus entre deux ligatures et on ferme la plaie par deux plans de suture à la soie. Le bout supérieur du rectum est ensuite fixé au tiers inférieur de la plaie et seulement alors on résèque la tumeur au thermocautère, en laissant le bout

supérieur du rectum fermé pour le moment. L'opération a été ainsi absolument aseptique. On laisse deux drains dans la plaie.

Evolution : 1^{er} août 1894. La plaie reste aseptique, se ferme par première intention. Le bout supérieur du rectum s'ouvre par nécrose au niveau de la ligature et forme un anus coccygien latéral. La patiente quitte l'hôpital quatre semaines après l'opération et peut reprendre son travail. Les selles sont normales. Pas de douleurs à la défécation, seulement incontinence pour les selles qui ne sont pas bien formées. Pendant une année, elle se porte parfaitement bien, reprend de l'embonpoint et des forces.

En septembre 1895, douleurs, hémorragies rectales.

En novembre 1895, elle rentre à l'hôpital avec une récurrence locale du tissu périrectal occupant la paroi recto-vaginale et entourant l'utérus.

Les ganglions inguinaux profonds sont indurés.

La tumeur comprime le rectum et cause une obstruction. La malade a des douleurs dans la jambe gauche.

Le 26 novembre 1895. Opération d'anús contre nature iliaque gauche, narcose au brométhyl et à l'éther. Incision parallèle au ligament de Poupart à 3 cm. au-dessus ; séparation des muscles abdominaux dans le sens de leurs fibres.

On attire le colon descendant par une petite ouverture du péritoine, on le saisit entre deux pinces intestinales, on passe une gaze à travers le méso colon, qui sépare le bout afférent du bout efférent. Suture du péritoine pariétal avec la sereuse du bout afférent qui a été tiré 5 cm. hors de la plaie. Deuxième suture de la paroi intestinale avec les muscles pour faire une sorte de sphincter. L'extrémité inférieure a été fermée et enfouie.

Fermeture de la plaie cutanée. La patiente se remet bien ; il s'écoule, les jours suivants, beaucoup de selles liquides ; l'abdomen n'est plus ballonné ni douloureux. Le 2 décembre, la plaie est restée aseptique. On enlève les fils le 5. Le 7,

ouverture d'un petit abcès à la partie supérieure de la plaie; irrigation à l'acide salicylique; le 16 décembre, la malade se lève; le 27 décembre, elle quitte l'hôpital. Elle n'a plus de douleurs; selles régulières par son anus contre nature. Elle reprend un peu de forces pendant deux mois, puis survient une cachexie, et mort le 21 avril 1896.

Cette observation nous montre un néoplasme limité de la paroi antérieure du rectum *très mobile sur le vagin* et ayant permis un abaissement de la tumeur et du rectum. *La récidive ne tarde pas à se produire large* et inopérable dans le tissu cellulaire périrectal au niveau *de la cloison rectovaginale*.

OBSERVATION N° 50

(MARTIN DU PAN, statistique de KOCHER, n° 21)

Mlle Marie E..., 27 ans. Anamnèse du 21 janvier 1896. Il y a six mois, constipation avec ballonnement, qui ne cède qu'avec peine aux purgatifs. Plus tard, nouveaux symptômes d'obstruction avec douleurs rectales. En octobre 1895, mucosités et sang dans les selles. Un médecin, pensant à des hémorroïdes, ordonne des bains de siège froids, qui restent sans résultat. En janvier 1896, le médecin pratique le toucher rectal et trouve la tumeur. La malade a des douleurs très violentes dans le rectum, qui empêchent tout sommeil.

Status du 20 janvier 1896 : Femme forte, robuste, d'embonpoint bien conservé. Abdomen normal, petit ganglion crural à droite. Un petit noyau hémorroïdal à l'anus. A 5 cm. au-dessus de l'anus, tumeur circulaire du rectum, formant un rétrécissement que le doigt ne franchit qu'avec peine. On peut juste atteindre la limite supérieure de la tumeur, qui a 5 cm. de haut; elle est irrégulière, présente des aspérités

et des noyaux isolés, mobiles. La tumeur elle-même n'est pas adhérente au vagin.

Examen de la tumeur extirpée : Tumeur ulcérée de 7 cm. de long sur 5,5 de large, transparente à la coupe ; l'arrangement alvéolaire du carcinome peut être poursuivi jusque loin dans le tissu périmrectal. La tumeur est formée de fines mailles de fibrilles conjonctives, contenant des cellules rondes ou parfois seulement des masses colloïdes ; les noyaux des cellules sont repoussés à la périphérie, et les cellules contiennent des masses homogènes.

C'est un carcinome colloïde.

Opération du 29 janvier 1896. — Narcose, brométhyl, éther. Position latérale droite : méthode de Rydygier, fermeture de l'anus par une suture circulaire à la soie. Incision médiane postérieure ; résection temporaire ostéoplastique du sacrum avec section du ligament tubéro-sacré. Dissection du rectum, ouverture du péritoine ; on a beaucoup de peine à attirer le rectum en bas, on le sépare du vagin, et le tire en dehors de la plaie jusqu'au dessus de la tumeur.

Incision postérieure de l'anus. Tamponnement de la plaie à la gaze iodoformée. On suture le rectum au bord de la plaie périnéale, replace le sacrum et ferme la plaie par quelques points de suture. Alors seulement on extirpe la tumeur et suture la muqueuse rectale à la peau.

Évolution : 3 février. Infusion d'un litre de solution physiologique.

5 février. On enlève les sutures ; irrigation de la plaie avec solution de Lysol.

7 février. Comme ces irrigations amènent des vomissements et affaiblissent le pouls, on continue avec des irrigations à l'eau salée deux fois par jour.

15 février. La plaie granule bien.

28 février. Evacuation de pus d'un abcès périmrectal.

16 mars. La malade se lève, la plaie granule bien.

14 avril. Elle quitte la clinique ; plus de douleurs, la plaie n'a plus qu'un demi-centimètre de long et granule bien ; petit prolapsus du rectum ; l'anوس est largement ouvert, l'utérus fixé en rétroflexion, le paramétrium libre. Pas de récédive, ni de ganglion. Incontinence complète, mais les selles sont régulières et solides. Pendant six mois, la malade reste en bonne santé, puis survient probablement une récédive, à laquelle elle succombe le 19 juillet 1897.

Cette observation permet les remarques suivantes :

Cancer récent n'ayant contracté aucune adhérence avec le vagin, présentant cependant des localisations dans l'atmosphère périrectale. Une exérèse pratiquée amène une récédive rapide.

OBSERVATION N° 51

(D^r MARTIN DU PAN, statistique de KOCHER, Obs. 25)

Mme B..., 44 ans. Anamnèse du 19 novembre 1897. Premiers symptômes il y a trois ans ; selles sanglantes, sans douleurs et sans changement de l'état général. Depuis une année, les hémorragies augmentent, surviennent même entre les selles, toujours sans douleurs. En 1897, difficultés à la défécation, les selles sont peu abondantes, les hémorragies augmentent et anémient beaucoup la malade, qui perd ses forces. Jamais de douleurs.

Status du 24 novembre 1897 : Malade robuste, d'embonpoint normal, mais assez anémiée ; rien d'anormal à l'abdomen, tumeur de la paroi antérieure du rectum, commençant directement au-dessus du sphincter interne. La limite supérieure peut juste être atteinte par le doigt. Consistance dure, surface irrégulière bosselée, ulcérée au milieu en cratère, limite nette. La tumeur est mobile sur le vagin.

Examen histologique : Carcinome à cellules cylindriques envahissant le tissu adipeux-péritrectal.

Opération le 24 novembre 1897. — Narcose au brométhyl, éther. Position gynécologique forcée. On essaie de faire sortir la tumeur de l'anüs en la poussant en bas depuis le vagin. De cette façon, on ne peut opérer sûrement ; c'est pourquoi on place la malade en position latérale droite. Incision médiane postérieure jusqu'à la pointe du coccyx ; ouverture du rectum par derrière, excision de la tumeur au thermocautère ; on attire le rectum en bas. Par cette manœuvre, le péritoine doit être ouvert ; on le referme immédiatement par une suture à la soie.

Evolution : 25 novembre. La plaie suppure, irrigations trois fois par jour avec solution physiologique.

4 décembre. Hémorragie rectale, qu'on arrête par tamponnement.

12 décembre. Douleurs à l'hypogastre. Matité dans la fosse iliaque gauche, température 38°8, pouls 104. Ouverture d'un abcès au-dessus du ligament de Poupart.

15 décembre. Abdomen ballonné douloureux, péritonite diffuse ; le pus contient du coli-bacile.

16 décembre. La température baisse, les douleurs sont moins violentes.

Infusion de solution physiologique.

28 décembre. L'incision dans l'aîne gauche est fermée.

7 février 1898. Etat général bon. La malade quitte la clinique. Les selles sont normales. Pas de sang, pas de douleurs. On n'a plus de nouvelles de la malade, qui est morte en octobre 1898, 11 mois après l'opération, probablement d'une récidiye.

Cette observation permet les remarques suivantes :

Cancer récent non adhérent au vagin. Envahisse-

ment précoce de l'atmosphère périrectale. **Vagin laissé en place : récidive en 11 mois.**

OBSERVATION N° 52

(QUÉNU, Société de Chirurgie, Paris, 1896)

Femme âgée de 50 ans.

On constate qu'elle est atteinte d'un épithélioma rectal très haut situé, ayant envahi la totalité du vagin, dont 2 ou 3 cm. tout contre l'utérus restent indemnes.

Premiers temps opératoires, 30 octobre 1896 :

La malade ayant été placée sur un plan incliné de Peraire. Après préparation ordinaire des laparatomies, mais sans purgation, une incision médiane est conduite du pubis à quelques centimètres de l'ombilic. Le premier soin est d'aller explorer la région hypogastrique de chaque côté et de rechercher s'il existe des ganglions pelviens latéraux. Je n'en découvre pas.

2° Section du colon pelvien entre ligatures, enfouissement du moignon inférieur, anus iliaque.

Deuxième temps opératoire, 6 novembre 1896 :

Ce deuxième temps fut assez délicat à exécuter en raison de l'état de la cloison recto-vaginale envahie par la tumeur. L'isolement du vagin nous prit beaucoup de temps et créa de grosses difficultés d'hémostase.

Après avoir détaché les attaches latérales aux branches ischio-pubiennes, j'ai incisé transversalement la paroi postérieure du vagin à deux centimètres en avant de son insertion sur le col utérin, et j'ai décollé et repoussé en haut le péritoine le plus haut possible. Ayant circonscrit l'anus par une incision circulaire, j'ai passé une ligature élastique tout autour et j'ai ainsi transformé mon rectum en un kyste clos à ses deux bouts.

Extirpation, guérison opératoire rapide.

Les suites ont été assez simples. Un énorme suintement a nécessité deux pansements par jour. Aujourd'hui, une partie importante de la vaste plaie est cicatrisée.

Pièce : Tout le rectum avec son atmosphère cellulo-ganglionnaire et la moitié de l'anse oméga, les parois latérales et postérieures du vagin, toute l'épaisseur de la cloison recto-vaginale ; la vulve fut seule conservée.

Suites : Aucune complication opératoire ne suivit ce vaste délabrement, et quelques semaines après la malade quitte l'hôpital, ne conservant qu'une très petite surface bourgeonnante. La récurrence survint trois mois après sur la cicatrice du vagin.

Le 16 juillet 1902. Récurrence très rapide dans le foie, due à l'existence de noyaux préexistant à l'intervention.

Cette observation montre que la cloison recto-vaginale et même le vagin lui-même peuvent être envahis avant les ganglions hypogastriques. Il s'agissait évidemment d'un cas avancé et l'exérèse du vagin n'a pas suffi à en arrêter l'extension.

2° Hommes.

OBSERVATION N° 53

(D^r MARTIN DU PAN, statistique de KOCHER, Obs. 28)

V... (Daniel), 63 ans. Anamnèse du 29 novembre 1899. Début des symptômes en mai 1899 par l'irrégularité des selles et faiblesse sans cause apparente.

En juin, un médecin diagnostique un cancer du rectum et institue un traitement interne à l'iodure de potassium, qui reste sans résultats.

En juillet, apparition de sang dans les selles, qui devien-

nent déformées, aplaties, laminées. L'amaigrissement et la perte des forces augmentent. La mère du patient est morte d'un ictère grave (peut-être cancéreux).

Status du 29 novembre 1899 : Vieillard vigoureux, d'état général encore assez bon. Pas d'augmentation de volume du foie ; au-dessus de la prostate, on sent une tumeur irrégulière bosselée, ulcérée, mobile avec le rectum, qui proémine fortement à son intérieur et le rétrécit considérablement. On ne peut atteindre la limite supérieure de la tumeur. La paroi postérieure du rectum est encore libre.

Opération du 11 décembre 1899. — Position gynécologique forcée. Incision postérieure médiane de l'anus, jusque sur le sacrum, résection du coccyx. On atteint bien la limite supérieure de la tumeur ; mais en avant elle est fortement adhérente à la prostate et descend jusqu'à l'anus. Incision postérieure de l'anus. Introduction d'une sonde dans la vessie. On réussit à séparer la tumeur sans ouvrir ni le péritoine, ni l'urèthre. Ligature des gros vaisseaux (artère sacrée moyenne). Suture du bout supérieur à l'anus.

Evolution : Guérison par seconde intention ; traitement avec des irrigations et tamponnement iodoformé. Le 7 mars, le malade quitte la clinique, guéri. En 1901, encore pas de récurrence. Mort le 23 novembre 1902 ; on n'a pas de renseignement sur la cause du décès.

Cette observation montre l'adhérence précoce du cancer à la prostate. Le décès survint 3 ans après l'opération. La notion de récurrence manque.

OBSERVATION N° 54

(D^r MARTIN DU PAN, statistique de KOCHER, Obs. 39)

M. R. Urban, 62 ans.

Anamnèse du 27 novembre 1902. En mars 1902, début des

symptômes par des alternatives de diarrhée et de constipation. Puis surviennent des épreintes, des douleurs à l'anus pendant la défécation. En été, les douleurs surviennent aussi entre les selles. Amaigrissement de 15 kgs depuis le printemps, quoique l'appétit soit resté bon. Depuis deux mois, tous les quinze jours, un peu de sang dans les selles. Le malade a des hémorroïdes depuis plusieurs années.

Status du 1^{er} décembre 1902. Malade anémié, amaigri. A 5 cm. au-dessus de l'anus, tumeur en forme de chou-fleur à la partie postérieure du rectum longue de 6 cm.

La tumeur descend un peu sous l'action de la pression abdominale et on peut en atteindre la limite supérieure. Plus haut, la tumeur devient circulaire. Elle est ulcérée au centre; ses bords sont bosselés, irréguliers.

Examen histologique : Carcinome à cellules cylindriques envahissant toute la partie du rectum et jusque dans le tissu péirectal.

Opération du 2 décembre 1902. — Narcose au brométhyl, éther, méthode de Kocher modifiée. Incision postérieure, résection du coccyx, incision de la paroi postérieure du rectum, de l'anus à la tumeur. On peut facilement séparer la tumeur du tissu péirectal, sauf à son bord supérieur, qu'on a de la peine à attirer en bas. Le péritoine n'a cependant pas été ouvert. Tamponnement par deux mèches de gaze iodée formée des deux côtés du rectum. Suture de la muqueuse rectale à la peau de l'extrémité antérieure de l'incision.

Evolution : Traitement à plaie ouverte avec irrigations. Quitte l'hôpital le 12 janvier 1903.

La plaie granule bien, est en bonne voie de guérison.

En mai 1903, léger rétrécissement cicatriciel, avec une excoriation de la muqueuse. On incise le rétrécissement et brûle l'excoriation au thermocautère.

En mars 1904, le médecin traitant nous écrit que le patient est resté bien portant pendant l'été 1903 et l'hiver 1904, qu'il

a pu reprendre son travail et qu'il retenait parfaitement bien ses selles. Au commencement de mars, il a de nouveau des douleurs à l'anus et le médecin constate un petit noyau de récidence à la partie postérieure du côté du coccyx.

Il engage le malade à se le faire opérer; mais celui-ci refuse absolument.

Cette observation nous témoigne de la rapidité de la récidence lorsque l'atmosphère périmrectale est envahie. L'exérèse n'a pas été assez large dans ce cas.

OBSERVATION N° 55

(D^r MARTIN DU PAN, statistique de KOCHER, Obs. 12)

M. J... (Christian), 53 ans.

Anamnèse du 24 août 1893. Depuis 1890, le malade a continuellement des alternatives de diarrhée et de constipation, accompagnées de douleurs sacrées. On le traite sans succès pour catarrhe intestinal; la constipation devient opiniâtre.

En février 1893, le médecin découvre une tumeur au rectum. Les douleurs augmentent et deviennent insupportables; il survient du ténesme et des selles sanglantes. Pas d'antécédents néoplasiques dans la famille.

Status du 24 août 1893 : Le malade est robuste, l'embonpoint normal, pouls normal. Appétit bon. Pas d'augmentation du foie, pas de ballonnement. Tumeur circulaire, à 7 cm. au-dessus de l'anus, limites inférieures nettes, consistance dure, irrégulière, bosselée, proéminent dans le rectum et constituant un rétrécissement franchissable pour l'index. On sent la prostate normale au-dessous de la tumeur. Le doigt n'atteint pas la limite supérieure.

La tumeur excisée a une circonférence de 10 cm., une hauteur de 7 cm.; de tous côtés, elle est entourée de muqueuse

saine. L'infiltration cancéreuse a un demi-centimètre d'épaisseur, envahit aussi le tissu adipeux périmrectal. A l'examen histologique, c'est un carcinome à cellules cylindriques.

Opération du 28 août 1893. — Narcose, chloroforme, éther. Incision para-sacrée postérieure à l'épine iliaque postéro-supérieure parallèle au sacrum jusqu'au coccyx et se prolongeant sur la ligne médiane jusqu'à l'anus, séparation du sacrum et du coccyx.

Le tiers inférieur du sacrum est ensuite réséqué aux ciseaux. Ligature de l'artère sacrée moyenne. La dissection du rectum est très difficile à cause de ses nombreuses adhérences et malgré toutes les précautions; sa paroi se déchire, ce qui compromet beaucoup l'aseptie de l'opération.

On doit également ouvrir le péritoine et tamponner l'ouverture. Section du rectum au-dessus de la tumeur. On attire le bout supérieur en bas et le fixe par quatre points de suture à l'anus.

On laisse le péritoine ouvert.

L'anus est laissé intact avec les sphincters. On se contente de cautériser la muqueuse au thermocautère. Tamponnement de la plaie en arrière avec de la gaze iodoformée.

Evolution : 1^{er} septembre 1893. Pas de fièvre, pas encore de selle, douleurs à la pression dans la fosse iliaque gauche. La suture anale est très tendue et menace de céder; on enlève la gaze iodoformée qui entoure le rectum.

5 septembre. Température 38°8; résistance de la fosse iliaque toujours plus marquée. Le 10, elle remonte jusqu'à l'ombilic et il commence à sourdre un pus très fétide de la profondeur de la plaie dans la direction de la vessie; il s'écoule beaucoup de pus les jours suivants.

Le 20 septembre, la matité n'atteint plus que trois travers de doigt au-dessus de la symphyse; la fièvre a diminué, l'état général est meilleur, le malade a repris appétit, la plaie granule bien. Sorti de la clinique le 1^{er} octobre 1893, le malade peut reprendre ses occupations en janvier 1894 et travaille

encore pendant six mois, puis survient une généralisation cancéreuse, à laquelle il succombe le 12 septembre 1894.

Observation intéressante pour l'anatomie pathologique, montrant l'infiltration cancéreuse de l'atmosphère périrectale. L'opération fut suivie d'une récidive rapide.

OBSERVATION N° 56

(Due à l'obligeance de M. le Professeur OKINCZYK)

Cancer du rectum, amputation abdomino-périnéale du rectum et anus iliaque gauche définitif.

M. G... (Claude), 61 ans. Décédé, métastases, pas de récidive locale.

Au printemps 1919, la malade, qui jusque-là allait régulièrement à la selle, éprouva quelques troubles intestinaux ; il eut des accès de constipation peu marqués, durant deux à trois jours, auxquels succédait de la diarrhée. Les selles étaient alors composées de glaires avec une petite quantité de matières molles. Le malade ne s'en inquiète pas jusqu'au mois de novembre. A cette époque, il s'aperçut qu'il y avait du sang mélangé à ses matières liquides ; il n'y avait plus de matières dans les selles, ces selles étaient très fréquentes, 7 à 10 par jour. Le sang n'était pas constant dans les selles, mais n'y apparaissait que deux ou trois fois par jour. Les selles ne s'accompagnaient d'aucune douleur, mais le malade ressentait une grande fatigue ; il cessa de travailler le 1^{er} décembre. Il alla voir un médecin qui lui palpa le ventre et inspecta la région anale, mais ne fit pas de toucher et lui dit qu'il avait de l'entérite. Il le mit au régime végétarien, qui n'amena pas d'amélioration. Le malade commença alors à maigrir tout en conservant un très bon appétit. Le malade reprit son travail dans la dernière semaine de décembre et

continua à travailler jusqu'au 1^{er} mars. Vers cette époque, le malade commença à ressentir des pesanteurs dans le rectum ; il avait, dit-il, la sensation que quelque chose d'intérieur appuyait sur l'anus pour essayer de sortir. Cette pesanteur s'accroissant lorsque le malade marchait, les écoulements par l'anus étaient devenus très fréquents, très liquides, ne contenant pas de matières. Le malade était très fatigué et, constatant avoir maigri de 32 livres depuis six mois, il alla alors, le 25 mars, consulter un autre médecin, qui lui fit le toucher, qui lui dit qu'il avait une tumeur du rectum et qui l'envoya dans le service, le 31 mars.

Antécédents héréditaires : Père mort à 48 ans, mère morte jeune, un frère bien portant.

Antécédents personnels : Jamais malade, pas d'enfant.

Etat actuel : toucher rectal : aussitôt le sphincter franchi (qui est souple) l'index vient heurter une tumeur à bords surélevés, festonnés, qui occupe la paroi postérieure, la paroi latérale droite et la paroi antérieure du rectum ; du côté gauche, la paroi latérale est saine sur une beaucoup plus grande hauteur ; il semble qu'à ce niveau le doigt s'insinue dans un couloir qui semble correspondre à la réunion des deux bords de la tumeur. La lumière du rectum est obstruée en partie par cette tumeur ulcérée, et quand on fait pousser le malade, on arrive difficilement à la limite supérieure qu'on atteint cependant. Cette tumeur s'insère plus bas sur la paroi postérieure que sur la paroi antérieure, si bien que la prostate est libre et ce n'est qu'au-dessus d'elle qu'on trouve le bord inférieur de la tumeur sur la face antérieure.

Par la palpation abdominale, on sent le colon gauche contracturé à la percussion, le foie ne paraît pas augmenter de volume, il déborde à peine les fausses côtes et ne paraît pas modifié dans sa forme dans les parties accessibles.

Opération le 5 avril 1920, protoxyde d'azote.

1^{er} temps abdominal. — Coeliotomie médiane sous-ombi-

licale, anse sigmoïde grosse et libre. Clivage du fascia d'accolement pour pédiculiser le méso devant le promontoire, ligature de l'hémorroïdale supérieure et section, puis incision du péritoine dans le cul-de-sac vésico-rectal. Libération du rectum en arrière, en avant et latéralement, aussi loin que possible vers le périnée jusqu'au releveur de l'anus. Section du méso colon et section du colon dont les deux bouts sont enfouis sous un double surjet à la soie. Passage du bout proximal, à travers la paroi dissociée de la fosse iliaque gauche, pour anus iliaque définitif. Refoulement du bout distal vers le périnée.

Péritonisation complète par-dessus entre le péritoine postérieur et le péritoine vésical, fermeture de la paroi en un plan.

2^e. temps périnéal. — Fermeture préalable de l'anus, incision transversale pré-rectale et incision longitudinale coccygienne, libération latérale par section des releveurs.

On retrouve la zone de décollement abdominal. Ablation du segment intestinal terminal. Drains. Gaze iodoformée sans suture.

5 avril. Pièce : Cancer du rectum, de 3 à 4 cm. de diamètre, masse végétante, obstruant la lumière, infiltrant toute la paroi au centre, se perdant à la périphérie dans la muqueuse et n'occupant que les trois quarts de la périphérie de l'intestin.

Elle est en dehors au contact immédiat avec le tissu cellulograisieux dans lequel elle envoie des traînées de lymphangite semées de petits ganglions.

Histologie : Epithélioma tubulé avec lésions inflammatoires du tissu intestitial (M. Renaud).

Suites opératoires : sans incident.

Suites éloignées : Entre dans le service de M. MENÉTRIER, à l'Hôtel-Dieu en novembre 1923. Décès.

Autopsie : Enorme métastase pulmonaire et cérébral, pas

de récurrence locale. Pas de métastase ganglionnaire. Pas de métastase abdominale, décelable macroscopiquement.

Cette observation nous montre une métastase pré-existant sans doute à l'intervention. L'absence de récurrence locale est due au siège élevé de la tumeur qui ne présentait aucune relation en particulier avec la prostate.

OBSERVATION N° 57

(MARTIN DU PAN, Obs. 2 ; malade opérée par le Professeur KOCHER)

M. G..., 57 ans. c

Anamnèse du 3 juillet 1890. Début des symptômes en octobre 1889, par de la constipation opiniâtre, du ténésme, puis des douleurs à la défécation. En janvier 1890, rectorragies répétées, mais peu abondantes, déformation des selles qui sont aplaties.

Depuis quelques semaines, douleurs lancinantes dans les membres inférieurs ; difficultés pour uriner.

Status du 3 juillet 1890 : Patient amaigri, anémique, faible. Tumeur à 2 cm. au-dessus de l'anus occupant tout le pourtour du rectum, sauf la paroi latérale droite. La limite supérieure n'est pas intangible par le toucher rectal. Les bords sont irréguliers et indurés. L'infiltration s'étend sur tout le voisinage, surtout sur la prostate. La tumeur s'abaisse avec le rectum.

Opération du 9 juillet 1890. — Méthode de Kocher (Narcose chloroforme et éther).

Incision médiane postérieure, résection du coccyx. dissection du rectum. A gauche, on touche sur un grand abcès périrectal, qu'on ouvre et nettoie. La prostate fortement

adhérente à la tumeur doit être excisée avec elle, ainsi que les vésicules séminales. L'urèthre, qui a été déchiré, est suturé. L'extrémité supérieure du rectum est fixée à l'angle supérieur de la plaie cutanée sous le sacrum. La plaie tamponnée à la gaze aristol et sonde à demeure.

Examen anatomo-pathologique : Tumeur de 7 cm. de large, 5 cm. d'épaisseur en forme de cratère. La prostate est fortement adhérente à la tumeur, mais n'est pas carcinomateuse. C'est un carcinome à cellules cylindriques, parti de la muqueuse envahissant la tunique musculaire.

Evolution : La température très élevée des premiers jours revient à la normale le dixième jour.

Deux fois par jour, pansement à la gaze à l'aristol. Irrigation au thymol. Le 12 juillet, saupoudrage avec de l'acide salicylique.

Le 17 juillet, le malade urine par la plaie.

Ouverture d'un abcès derrière le sacrum. Le tiers inférieur du sacrum, qui avait été fendu par le milieu, est écarté pendant l'opération, se nécrose et doit être réséqué le 23 juillet.

Le 7 août, le malade urine normalement, n'a plus de douleurs, ni localement, ni dans les jambes. Il se nourrit bien, quitte la clinique ; le 14 septembre, la plaie est complètement guérie. L'état subjectif est satisfaisant jusqu'à fin novembre 1890. A ce moment, le malade a de nouveau des rectorragies et du sang dans l'urine. On constate une récurrence locale de la paroi antérieure. L'opération est refusée.

Le 27 février 1891, la tumeur a perforé, dans la vessie, le rectum est obstrué par une récurrence massive, qui envahit tout le petit bassin. Le malade meurt de cachexie le 17 juillet 1891. Pas de métastases constatables.

Cette observation est intéressante à de multiples points de vue :

1° La prostate, très adhérente, n'était pas envahie. Ceci confirme ce que nous savons de la barrière lymphatique que constitue l'aponévrose de Denonvilliers.

2° La récurrence s'est produite malgré l'extirpation d'une lame prostatique et des vésicules séminales. La récurrence s'est produite massive. Il s'agissait d'un cancer remontant très haut, et il semble que l'abaissement n'ait pas permis une excision suffisamment étendue en hauteur de l'intestin.

CHAPITRE QUATRIEME

LA GAÏNE FIBREUSE DU RECTUM

Nous n'avons l'intention ici que de préciser quelques points de topographie utiles à l'exérèse de la gaïne rectale. Nous pensons que toutes les techniques ne donnent pas également satisfaction à ce sujet.

Le rectum est enfermé dans une gaïne fibreuse dont nous verrons ultérieurement la structure, mais assez lâchement uni à cette gaïne, il en est séparé par du tissu cellulaire épais et chargé de graisse chez les obèses. Il faut établir une différence entre la gaïne fibreuse du rectum et son atmosphère celluleuse. Les lymphatiques cheminent dans l'épaisseur de la gaïne fibreuse, mais avant de l'atteindre, sont compris dans l'atmosphère celluleuse. Il est donc nécessaire d'extirper le rectum avec sa gaïne fibreuse ainsi que l'atmosphère celluleuse qu'elle contient.

Voulant nous rendre compte de la façon dont les techniques actuelles permettaient cette exérèse, nous avons pratiqué des dissections de cette gaïne. En tout,

18 pièces, 12 d'hommes et 6 de femmes. Après opération pratiquée sur le cadavre, selon les techniques, nous avons recherché par dissection ce qui pouvait rester en place de la gaine rectale.

Nous résumerons ces résultats, puis nous montrerons dans quelles conditions nous croyons possible l'exérèse complète de la gaine fibreuse, ces dernières recherches étant limitées à l'homme.

1° Anatomie de la gaine fibreuse du rectum

Technique employée : Pour disséquer cette gaine, nous avons abordé le bassin après avoir pratiqué une désarticulation inter-ilio-abdominale. Cette préparation nous a permis de voir dans son ensemble le tissu cellulaire pelvien, sans déplacer les viscères y inclus. Le décollement de l'os iliaque est d'ailleurs très facile, car la gaine hypogastrique se laisse facilement décoller du plan pariétal, et nous reviendrons sur ce point important; d'autre part, nous avons abordé la face postérieure du rectum après section verticale des ailes iliaques en avant de l'articulation sacro-iliaque et section de la colonne vertébrale au niveau du disque séparant la troisième de la quatrième vertèbre lombaire. Poussant nos dissections de façon progressive de la face postérieure du rectum jusqu'au plan urogénital, nous avons pu nous rendre compte des connexions des parois latérales et antérieure de la loge.

Nous devons considérer d'abord les parois de la

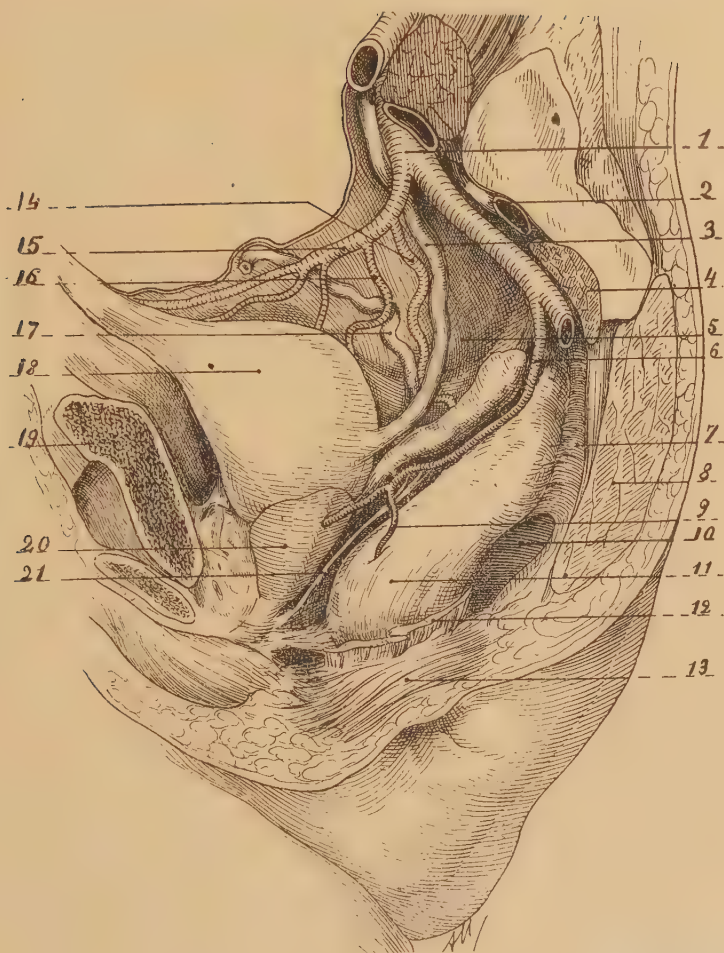


FIG. 12. — L'os iliaque du côté gauche a été enlevé. La gaine rectale a été enlevée et son squelette artériel mis à nu.

1. Artère hypogastrique. — 2. Veine hypogastrique. — 3. Uretere. Il croise la face interne de l'artère ombilicale : il est croisé plus bas, en avant par l'artère vésiculo-déférentielle. — 4. Pyramidal du bassin. — 5. Péritoine latéral du cul-de-sac de Douglas et de la fosse latéro-rectale. — 6. Artère hémorroïdale moyenne gagnant directement la prostate et donnant une petite artère rectale. (9). Au-dessus d'elle la vésicule séminale. — 7. Lambe recto-sacrée. — 8: Muscle fessier. — 10. Espace rétro-rectal en continuité avec l'espace latéro-rectal au-dessous des lames sagittales recto-sacrées. — 11. Rectum. — 12. Releveur de l'anus. — 13. Sphincter externe. — 14. Artère génitale (vésiculo-déférentielle). — 15. Artère ombilicale et ses branches vésicales (16). — 17. Canal déférent oblique, en bas et en arrière rejoignant la vésicule séminale oblique, en bas et en avant. — 18. Vessie. — 19. Section du pubis. — 20. Prostate. — 21. Aponévrose de Denonvilliers rejoignant en bas le sphincter strié de l'urètre, se perdant en haut sur le fond du cul-de-sac de Douglas. Cette aponévrose est détachée de la prostate et du rectum. Elle limite en avant l'espace pré-rectal que ferme en bas le muscle recto-urétral.

loge; ensuite les connexions que ces parois affectent avec les éléments voisins. Les formations fibreuses qui constituent la loge sont de valeur différente. La gaine de l'artère hypogastrique prend une part importante dans sa formation. Le tissu tassé autour des plexus sympathiques et un fascia d'accolement complètent l'enveloppe fibreuse.

GAINE RECTALE CHEZ L'HOMME

Le rectum quitte sa couverture séreuse aussitôt après son origine. Nous n'insistons pas sur l'obliquité du reflet péritonéal à son niveau. Le cul-de-sac de Douglas présente des modalités différentes, c'est là une chose classique. Rouhier pense que le cul-de-sac est le plus souvent assez profond. Nous n'avons pas pu vérifier cette fréquence sur les sujets examinés. Au contraire, nous avons pu remarquer que le plus souvent la réflexion du péritoine rectal sur la vessie se faisait, *vessie vide*, sans adossement des feuilletts, et nous n'avons pas vu de cul-de-sac inter-séminoréctal, disposition décrite classiquement. Au-dessous de sa couverture séreuse, le rectum s'enfonce dans le tissu cellulaire pelvien. Sa gaine fibreuse commence au reflet péritonéal.

LATÉRALEMENT, la clef de la disposition de la gaine rectale est donnée par celle des artères. Farabeuf a bien montré comment l'artère hypogastrique soulevait le tissu cellulaire du bassin en autant de lames qu'il y avait de branches à cette artère.

EN HAUT, l'artère ombilicale se dirige selon un trajet presque antéro-postérieur depuis la surface préauriculaire de l'ilion jusqu'à la vessie qu'elle atteint en avant (*Fig. 12*). Elle décrit, en quelque sorte, l'arc de la concavité latérale du bassin. Puis elle devient ascendante. En arrière, l'artère ombilicale est en rapport avec l'artère génitale qui naît par un tronc commun avec elle. Celle-ci descend obliquement en bas et en avant de l'uretère et un peu en dehors de lui, puis elle se dirige transversalement en dedans, répétant devant l'uretère le mouvement de l'utérine chez la femme.

PLUS BAS, l'artère hypogastrique donne l'hémorroïdale moyenne. Cette artère se dirige légèrement en dedans, surtout en bas un peu en avant; atteignant le rectum, elle devient sagittale, obliquement descendante jusqu'à la prostate sur les faces latérales de laquelle elle s'épanouit en deux ou trois branches.

Dans son trajet elle donne une ou deux branches au rectum, branches courtes et grêles à l'ordinaire : cette disposition de l'hémorroïdale moyenne, surtout branche génitale, est décrite et représentée par Farabeuf.

Ces artères entraînent le tissu de la gaine hypogastrique (*Fig. 13*).

La corde de l'artère ombilicale soulève une palme étendue depuis cette artère jusqu'à l'artère hémorroïdale moyenne. Dans cette lame des nervures se disposent : en avant, les branches vésicales; en arrière, l'artère génitale. Cette artère génitale deve-

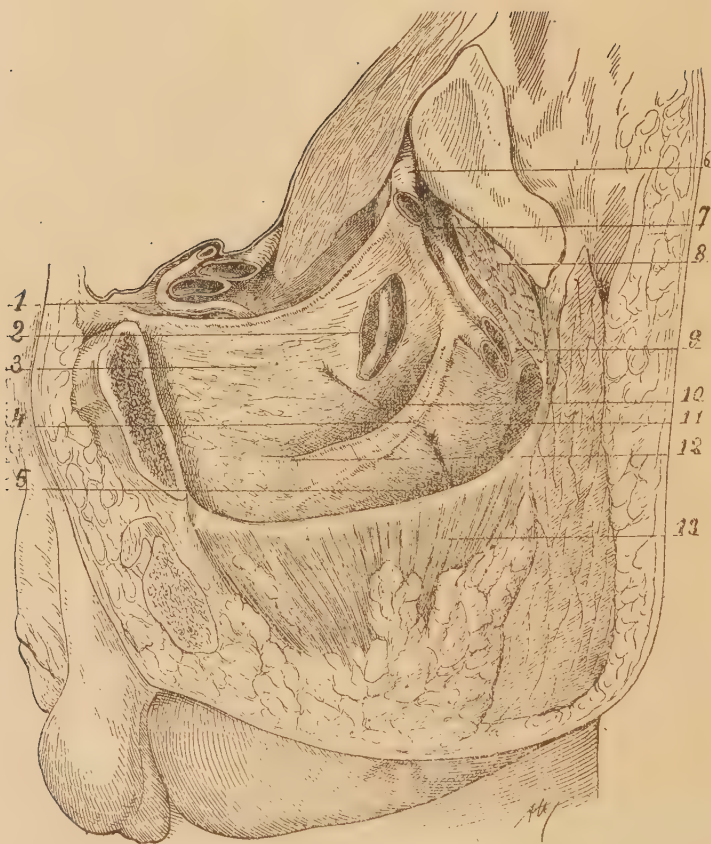


FIG. 13. — L'os iliaque du côté gauche a été enlevé, grâce à une section sagittale para-médiane au niveau du pubis et une désarticulation sacro-iliaque. La gaine hypogastrique apparaît grâce à son décollement facile du plan pariétal.

1. Canal déférent. — 2. L'uretère apparaît grâce à un orifice percé dans la gaine de l'artère ombilicale, il est placé dès son origine en dedans de cette gaine. — 3. Gaine de l'artère ombilicale. La flèche indique un petit recessus entre cette gaine et celle de l'hémorroïdale moyenne, montrant la situation plus externe de celle-ci. — 4. Artère hémorroïdale moyenne dans l'épaisseur de sa gaine fibreuse. — 5. Petit recessus compris entre l'arc aponévrotique et la gaine rectale, montrant comment il est possible par voie périnéale de passer en dehors de la gaine rectale si l'on se tient très en dehors au niveau du releveur. — 6. Artère hypogastrique. — 7. Veine hypogastrique. — 8. Pyramidal du bassin. — 9. Lame recto-sacrée. Celle-ci n'atteint pas en bas la partie inférieure du rectum. Elle est morphologiquement en continuité avec la gaine de l'hémorroïdale moyenne. — 10. Recessus entre la gaine de l'ombilicale et de l'hémorroïdale moyenne. — 11. Lame de l'hémorroïdale moyenne. — 12. Artère prostatique en disposition anormale (prématurément née de l'artère hémorroïdale). 13. Releveur.

nant transversale soulève une lame autonome rétro-vésicale.

La gaine de l'hémorroïdale moyenne s'étend en hauteur depuis cette artère jusqu'à l'aponévrose du releveur de l'anus; de la paroi osseuse jusqu'au rectum, elle constitue une lame oblique en dedans, très courte amarrant la gaine rectale au squelette : c'est l'aileton rectal. Plus en avant, elle forme la paroi latérale de la gaine rectale, puis se continue avec les lames latéro-prostatiques. A ce niveau, la gaine contient les branches prostatiques; ce sont elles que l'on doit lier lorsqu'au cours de la périnéale on coupe les lames sagittales. Son bord supérieur ne répond pas au fond du cul-de-sac de Douglas, mais en est séparé par la gaine fibreuse de la vésicule séminale dans sa portion latéro-rectale. La continuité de la gaine de la vésicule séminale et de la gaine de l'hémorroïdale moyenne est complète : la vésicule séminale est assez difficilement séparable de sa gaine par la dissection et nous n'avons pas trouvé de zone décollable rétro-vésiculaire. Au contraire, il existe une zone décollable très nette si on entre dans la gaine rectale.

Cette lame de l'hémorroïdale moyenne est facilement décollable du plan pariétal. Elle se trouve sur un plan nettement *plus externe* que la lame de l'ombilicale qui la surmonte et qui présente le même caractère. Seules la gaine de la vésicule séminale et la lame de l'artère hémorroïdale moyenne constituent la paroi latérale de la gaine rectale. L'aponévrose de l'ombilicale qui la surmonte double le péritoine de la fosse

latéro-rectale, et nous voyons entre le péritoine et l'aponévrose glisser des éléments importants.

L'uretère croise le tronc commun de l'ombilicale et de la génitale juste en arrière de sa bifurcation et *l'hémorroïdale moyenne apparaît comme la seule des branches viscérales nées de l'hypogastrique en arrière de son croisement par l'uretère.*

Le déférent, encore plus interne, croise l'uretère plus en avant directement adossé au péritoine. Il s'engage dans la lame fibreuse tendue par l'artère génitale. Il est oblique en arrière et en bas jusqu'à sa rencontre avec la vésicule séminale oblique en sens inverse. Les deux éléments alors contigus cheminent obliquement en bas et en avant selon un court trajet prérectal.

Ces rapports nous montrent que lorsque l'on aborde la gaine rectale par la fosse latéro-rectale, le déférent est le premier organe rencontré. Il croise l'uretère qui chemine en dedans de la gaine de l'artère ombilicale. *Il faudra donc effondrer cette gaine pour passer en dehors d'elle.* Celle-ci se laissera facilement décoller jusque la face externe de la gaine de l'hémorroïdale. Il suffira d'effondrer la lame de l'ombilicale au-dessous de l'uretère pour être sûr de rencontrer la seule artère viscérale qui naît encore de l'artère hypogastrique et qui est l'hémorroïdale moyenne.

EN AVANT, la gaine rectale est formée par une aponévrose importante, l'aponévrose de Denonvilliers. La disposition de cette aponévrose nous paraît en partie conforme à la description qu'en a faite Denonvilliers.

En haut : vésicules séminales et déférent sont noyés dans du tissu fibreux qui appartient en partie à la gaine hypogastrique. En effet, la disposition transversale de l'*artère vésiculo-déférentielle* tend un *petit aileron transversal* en avant des vésicules séminales et du canal déférent. Les vésicules séminales sont en effet très obliques rapidement latéro-rectales, et nous les avons décrites comme constituant par leur gaine fibreuse la partie la plus élevée de la gaine rectale. Le canal déférent arrive d'en avant, ayant surcroisé l'uretère appliquée contre le bas-fond de la vessie, et nous voyons ainsi que l'espace inter-recto-vésical se comble à sa partie latérale par le déférent adossé à la vessie et la vésicule séminale adossée au rectum. Ce n'est qu'en bas que les deux organes cheminent conjointement entre vessie et rectum.

Au-dessous du cul-de-sac de Douglas, l'aponévrose de Denonvilliers est une lame tendue transversalement entre le rectum et la prostate. *En haut*, elle s'insère sur la ligne médiane au fond du cul-de-sac péritonéal (fascia d'accolement de Cunéo et Veau), tandis que sur le côté elle fait suite au tissu fibreux de la gaine de la vésicule séminale. *Latéralement*, elle est épaisse au point de jonction avec les lames sagittales. *En bas*, elle se perd en s'effilant et en s'amincissant vers l'urètre membraneux et semble bien se fusionner avec la face supérieure du muscle transverse profond. Dans son ensemble, elle est très adhérente aux vésicules séminales et à la prostate, elle est lâchement unie au rectum, et surtout en bas elle s'en écarte sensi-

blement, délimitant avec le muscle recto-urétral et la paroi musculaire du rectum une petite loge facile à couvrir (espace décollable décrit par Quénu).

Nous n'avons jamais pu passer en avant de cette lame fibreuse par incision du cul-de-sac péritonéal ; par incision périnéale, nous n'avons jamais pu passer d'emblée en avant de cette lame. L'aponévrose de Denonvilliers et le muscle de Roux convergent vers l'urètre ; il est impossible que l'incision du muscle de Roux mène d'emblée ailleurs que dans l'espace décrit par Quénu ; nous ne pensons pas qu'il soit possible de la délaminer et de reconstituer l'espace embryonnaire. Bude et Paul Delbet sont de cet avis. Cette lame est bien un *vestige embryonnaire sur la partie médiane*, qui est d'ailleurs très mince, surtout en bas, l'absence de pénétration des lymphatiques constitue une preuve de plus, tandis que *latéralement*, au niveau de la vésicule séminale et de l'épaississement latéral, elle répond à la *gaine hypogastrique*.

EN ARRIÈRE : Il n'existe derrière le rectum qu'un mince fascia facile à décoller du sacrum, mais à la jonction des faces postérieures et latérales, le rectum est attaché au sacrum par des *lames sagittales recto-sacrées*. Celles-ci continuent en haut le plan de l'aile-ron de l'hémorroïdale moyenne, en bas elle cesse au niveau horizontal du dernier trou sacré. Le doigt peut ainsi, au-dessous d'elles, faire le tour de la gaine rectale. Ces lames contiennent exclusivement des nerfs ; elles appartiennent au plexus nerveux hypogastrique ;

nous n'y avons pas trouvé de branches de l'artère sacrée latérale.

Le rectum est lâchement uni à sa gaine fibreuse. Après incision de la gaine, on peut facilement dévager complètement le rectum : et on aperçoit alors courant sur les faces latérales et postérieures du rectum les branches de l'artère hémorroïdale supérieure et les ganglions pararectaux. Cependant le rectum est attaché aux parois de sa loge en plusieurs endroits, au niveau des branches rectales de l'hémorroïdale moyenne, celles-ci naissent assez bas et soulèvent vers le rectum de petits mésos parfois très denses qui pourraient en imposer à tort pour le véritable aileron rectal tendu par le tronc de l'hémorroïdale moyenne.

EN RÉSUMÉ : Nous pouvons retenir ces quelques points très intéressants pour la technique chirurgicale :

1° L'artère hémorroïdale moyenne tend la lame fibreuse latérale de la gaine rectale : sa section est nécessaire pour l'exérèse de la gaine, il ne faut pas confondre avec elle les rameaux rectaux qui cheminent dans l'atmosphère périrectale. Cette artère hémorroïdale est la seule branche viscérale que donne l'hypogastrique après son croisement par l'uretère.

2° Il y a classiquement, en avant du rectum, plusieurs espaces décollables rétro-aponévrotiques (Quénu) intra-aponévrotique (Gosset et Proust). Chirurgicalement, nous pensons que l'on passe toujours

facilement dans l'espace rétro-aponévrotique que l'on aborde le rectum par l'abdomen ou par le périnée. Il est plus difficile de passer en avant de l'aponévrose de Denonvilliers étant données les adhérences intimes avec le plan prostatique.

3° La voie périnéale permet l'exérèse complète, *sauf en avant* de la gaine rectale, à condition que l'on pratique la section des releveurs de l'anus très en dehors. Cette section mène d'emblée en dehors de la gaine rectale.

4° Dans l'opération abdomino-périnéale, il faut beaucoup d'attention pour passer en dehors de la gaine rectale. L'incision du péritoine doit dépasser excentriquement le reflet péritonéal du cul-de-sac de Douglas et des cornes de ce cul-de-sac. Il est beaucoup plus facile de pénétrer à l'intérieur de la gaine rectale qu'en dehors d'elle, sauf sous certaines conditions spéciales.

2° L'exérèse du rectum avec sa gaine fibreuse chez l'homme

Les opérations élargies sont décrites, mais le terme d'opération élargie n'est pas précisé. Nous pensons qu'il faut entendre sous ce terme une opération enlevant le rectum avec sa gaine fibreuse *en totalité*. Nous allons préciser quelques points de technique qui faciliteront grandement cette exérèse.

Nous pensons que le procédé le plus commode, si l'on veut le plus facile, consiste à pratiquer un temps abdominal entre deux périnéaux. L'opéré est placé en position de Trendelenbourg et en position de la taille. De cette façon, les changements de temps opératoire sont réduits à leur minimum.

I. — TEMPS PÉRINÉAL

1° Placer un cathéter métallique dans l'urètre. Une incision circulaire circonscrit l'anus et pénètre jusqu'à la fibre rouge du sphincter strié. Suture des lèvres internes de l'incision fermant l'anus complètement. Garder les fils tracteurs (*Fig. 14*).

2° Incision transversale prérectale : sentir le relief du bulbe que repère le cathéter métallique. Faire l'incision très légère sur la ligne médiane, hardie sur les parties latérales, on peut ainsi à la compresse isoler les bords postérieurs des transverses et amorcer la corne antérieure du creux ischio-rectal. Couper alors sans danger entre ces deux cornes les fibres les plus antérieures du sphincter strié de l'anus, le nœud du périnée, repérer au doigt le cathéter urétral et inciser franchement le muscle recto-urétral transversalement. Si l'on pratique en effet cette section en craignant trop l'urètre, on arrive à délaminer le muscle recto-urétral qui est en continuité avec la musculature longitudinale du rectum. On arrive ainsi jusqu'à la muqueuse rectale et on peut, dans une tentative de décollement,

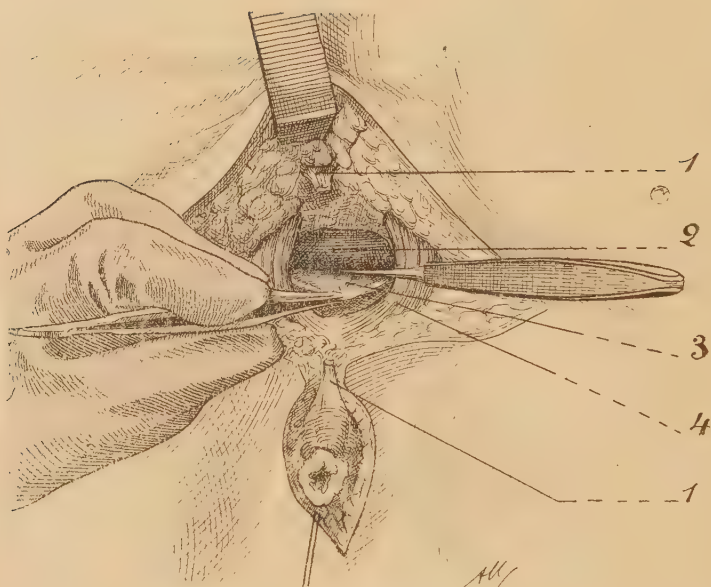


FIG. 11.

Temps périnéal : Par dissection l'aponévrose de Denonvilliers est séparée de la prostate à laquelle elle adhère.

1. Section des fibres ano-bulbaires.
2. Face postérieure de la prostate, dont on a séparé par dissection l'aponévrose prostate péritonéale.
3. L'aponévrose prostatopéritonéale.
4. Bord interne des releveurs.

perforer le rectum (observation de Paul Riche, on perfore le rectum en tissu sain).

3° Ouverture très limitée de l'espace décollable. Se reporter en avant et pratiquer une dissection de l'aponévrose de Denonvilliers, en laissant quelques grains prostatiques adhérents à la face antérieure de l'aponévrose juste assez pour que l'on soit certain d'être passé en avant de l'aponévrose de Denonvilliers.

Amorcer ce décollement sur 2 à 3 cm. On peut ainsi remonter jusqu'au péritoine qu'il est loisible d'ouvrir, mais qu'il est préférable de garder intact.

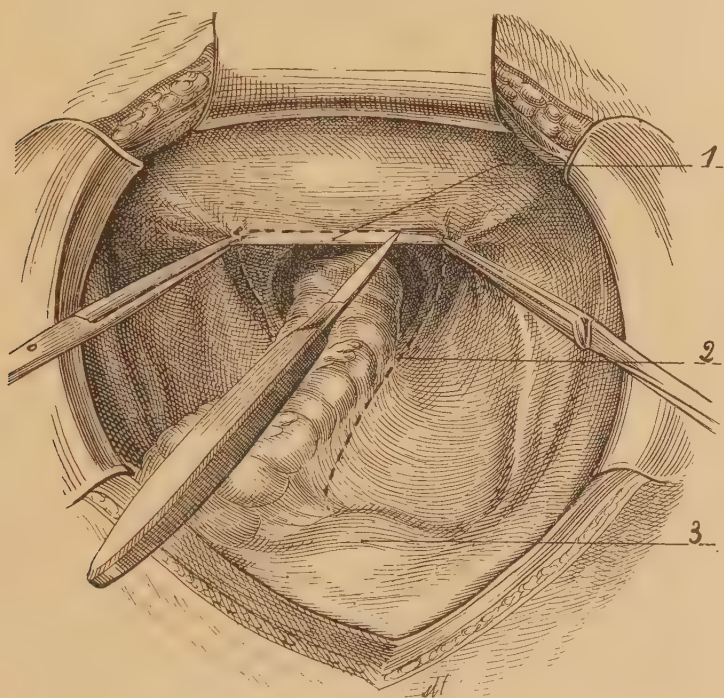


FIG. 15.

Temps abdominal : Le premier temps de l'abord du rectum.

1. Deux pinces de Kocher tendent un pli transversal sur la face supérieure de la vessie en avant du pli antérieur du Douglas.
2. Tracé de l'incision latérale.
3. Saillie du promontoire.

II. — TEMPS ABDOMINAL

1° Laparotomie médiane sus-pubienne remontant 3 cm. au-dessus de l'ombilic.

2° *Libération antérieure.* — Pratiquer un pli péritonéal avec deux pinces de Kocher à un centimètre en avant du pli antérieur de Douglas. Incision du péritoine sur ce pli. Dissection de la lèvre postérieure. Le péritoine se laisse facilement décoller et montre les courbes convergentes des deux déférents (*Fig. 15 et 16*).

Recherche et isolement des uretères jusqu'à la vessie. L'uretère est adhérent au péritoine de la lèvre antérieure, c'est-à-dire externe, de la section péritonéale. Le rechercher en arrière, sur l'hypogastrique, ou en avant au-dessous de la crosse du déférent. On suit le feuillet antérieur du cul-de-sac de Douglas décollé. Si le décollement péritonéal de l'aponévrose de Denonvilliers a été poussé assez loin on le rejoint vite; sinon on peut être amené à sectionner pour le rejoindre un peu de prostate (commissure postérieure). On a ainsi un long canal allant de l'abdomen au périnée. Ce canal a pour paroi antérieure de bas en haut : le bulbe, l'urètre membraneux, la face postérieure de la prostate, la face postérieure de la vessie. Comme paroi postérieure il a, le sphincter anal, le nœud du périnée, le muscle de Roux sectionné, l'aponévrose de Denonvilliers, laquelle se trouve en continuité en haut avec le feuillet péritonéal vésical du cul-de-sac de Douglas. Il a comme paroi latérale les lames sagittales, c'est-à-dire la gaine de l'artère hémorroïdale moyenne, qui va se terminer dans la prostate, le pôle postérieur de la vésicule séminale (la vésicule plus ou moins longue sera plus ou moins

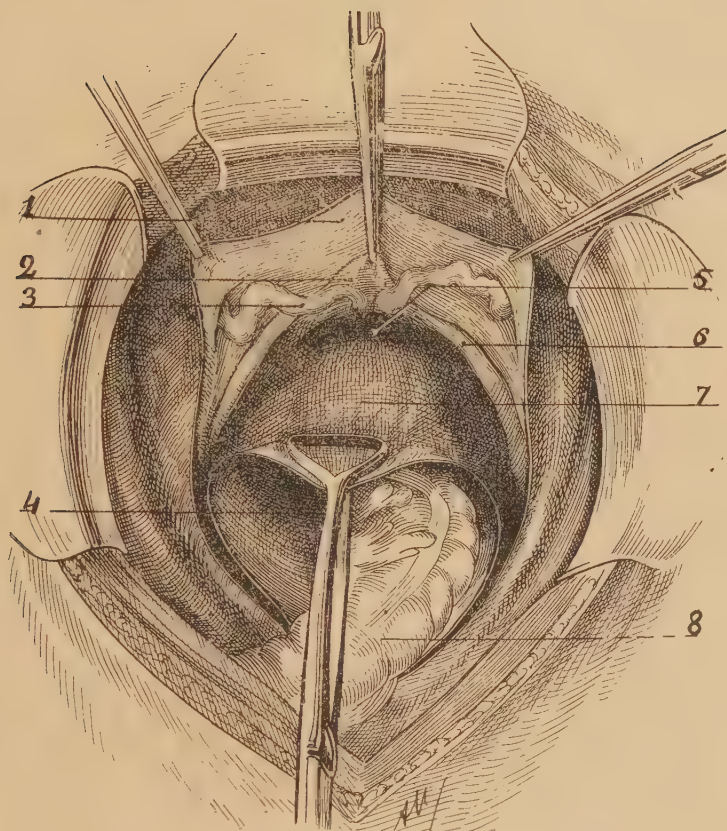


FIG. 16.

Temps abdominal : Achèvement de la libération antérieure de la gaine rectale. Le décollement du feuillet antérieur du Douglas rejoint le décollement de l'aponévrose de Denonvilliers pratiqué dans le temps périnéal.

1. Péritoine vésical érigné en avant.
2. Bas-fond de la vessie.
3. Canal déférent.
4. Péritoine antérieure du cul-de-sac de Douglas, attiré en arrière par une pince en cœur.
5. Le décollement du feuillet antérieur du cul-de-sac de Douglas amène au décollement pré-aponévrotique pratiqué par voie périnéale.
6. Uretere.
7. Péritoine antérieur du cul-de-sac de Douglas.
8. Colon sigmoïde, attiré en haut.

intéressée lors de la section des lames sagittales. En même temps, on intéressera la branche vésiculaire de l'artère génitale) (*Fig. 16*).

3° *Libération postérieure.* — Par deux incisions convergentes (*Fig. 15*), remonter les extrémités de l'incision transversale jusqu'à l'artère hémorroïdale supérieure et au delà. Repérer l'artère. Section entre deux ligatures. Décollement présacré toujours facile.

4° *Libération latérale.* — L'uretère libéré apparaît en dedans d'une lame fibreuse qui n'est autre que la gaine de l'artère ombilicale. IL FAUT TOUJOURS PASSER EN DEHORS D'ELLE. CETTE GAÎNE EST FACILE A PINCER. ON PRATIQUE AUX CISEAUX UN PETIT ORIFICE QU'ON ÉLARGIT AUX DOIGTS. Il faut toujours pratiquer cet orifice 2 cm. au-dessous de l'uretère afin de lui garder une protection fibreuse et pour s'éloigner des veines vésicales postérieures qui passent derrière l'uretère. Cet orifice pratiqué, on décolle ainsi très facilement, de la paroi pelvienne, la paroi latérale de la gaine qui contient l'artère hémorroïdale moyenne. Ce décollement peut être poussé très loin en bas et en arrière, il pourrait aller très loin en avant, c'est inutile (*Fig. 17*).

Entre le décollement antérieur et latéral se dessine la lame sagittale (Fig. 18). Le doigt arrive facilement à accrocher le bord inférieur de cette lame : sectionner après ligature seulement, car elle contient les branches antérieures prostatiques de l'hémorroïdale moyenne et

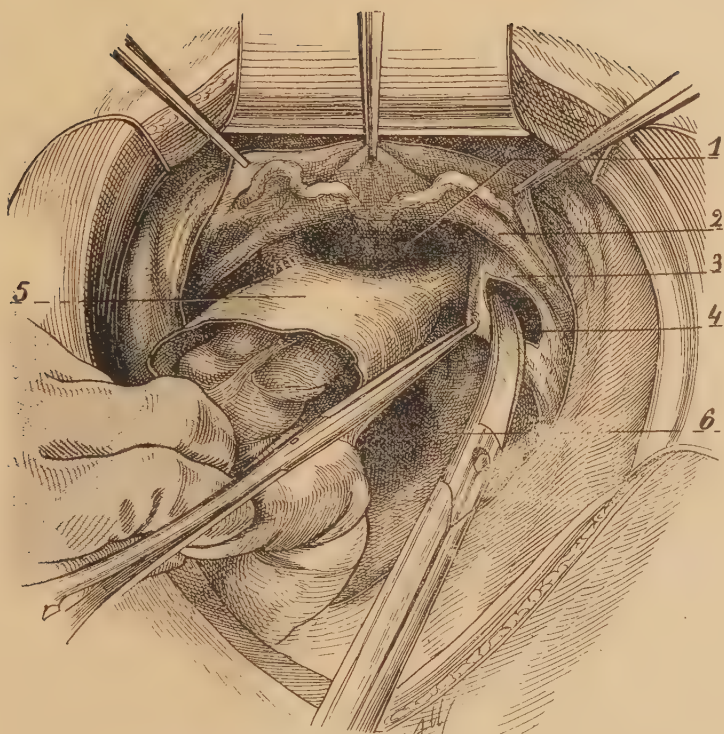


FIG. 17.

Temps abdominal : La gaine rectale a été libérée en arrière. L'amorce de la libération latérale de la gaine s'opère par incision de la lame de l'artère ombilicale au-dessous de l'uretère.

Comparer l'orifice 4 avec l'orifice 2 de la figure 13.

1. Décollement antérieur pré-aponévrotique.
2. Uretère.
3. Aponévrose ombilico-prévésicale perforée au-dessous de l'uretère.
4. Les ciseaux pénètrent en dehors de l'aponévrose ombilico-vésicale.
5. Péritoine antérieur du cul-de-sac de Douglas, il se continue avec l'aponévrose de Denonvilliers.
6. Décollement rétro-rectal.

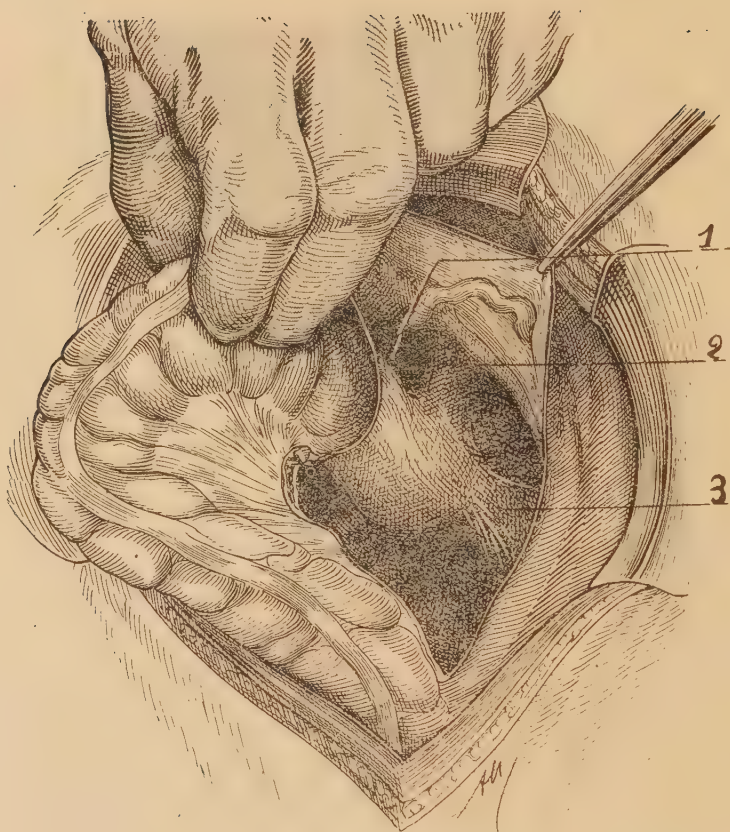


FIG. 18.

Temps abdominal : Les trois libérations antérieure, latérale et postérieure étant terminées, la gaine apparaît retenue par son amarre antérieure (lame sagittale) (2) et postérieure (aileron rectal) (3) contenant l'artère hémorroïdale moyenne.

1. Décollement antérieur.
2. Lamé sagittale séparant le décollement antérieur du décollement latéral.
3. Aileron du rectum tendu entre le décollement postérieur et le décollement latéral et contenant l'artère hémorroïdale moyenne.

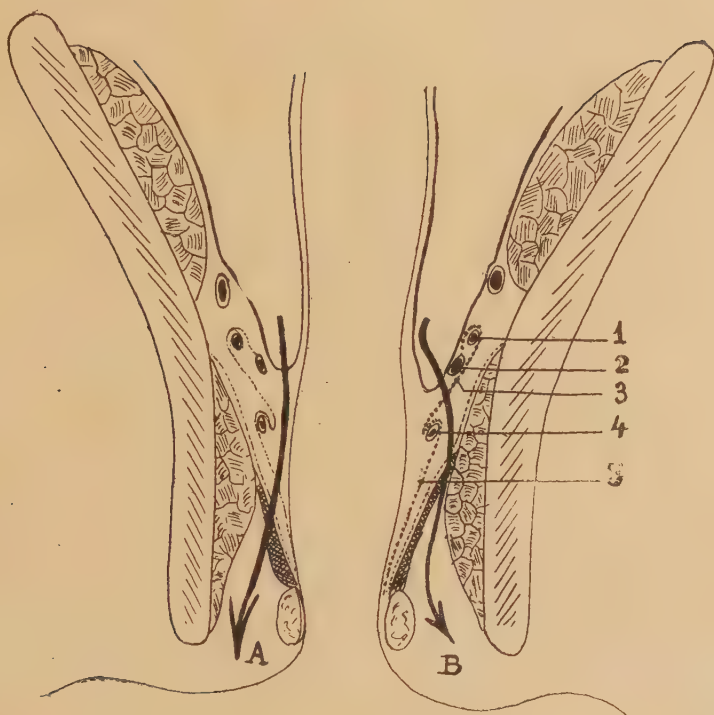


FIG. 19.

Schéma explicatif de la libération latérale.

1. Artère ombilicale.
2. Urètre.
3. Aponévrose ombilico-vésicale (lambe de l'artère ombilicale).
Celle-ci double le péritoine de la fosse latéro-rectale.
4. Artère hémorroïdale moyenne.
5. Lambe de l'artère hémorroïdale moyenne formant la lambe latérale de la gaine rectale.

A. L'incision au fond de la fosse latéro-rectale conduit en dedans de la gaine rectale.

B. L'incision du fond de la fosse latéro-rectale passe ensuite au travers de la gaine de l'artère ombilicale et permet de passer en dehors de la gaine rectale.

La flèche B peut être retournée si l'on opère par voie péritonéale, et montre que dans ce cas il suffit de couper le releveur très en dehors pour être certain de passer en dehors de la gaine rectale.

la terminaison de la vésicule séminale. Dans quelques cas nous avons pu, avec difficulté, pratiquer un décollement de la vésicule séminale. Il arrive plus facilement que dans cette tentative de décollement l'on pénètre à l'intérieur de la gaine rectale, ce qu'il faut éviter. La conservation ou l'exérèse des vésicules séminales dépend de cette circonstance. Etant donnés les rapports qu'affectent la vésicule séminale avec la gaine fibreuse du rectum, nous pensons que dans la plupart des cas l'on est obligé de sacrifier une partie des vésicules séminales. D'ailleurs, la portion terminale des vésicules terminales est conservée souvent. N'est excisé que le fond de la vésicule qui est latéro-rectal. *Entre le décollement postérieur et latéral se tend un aileron.* En réalité cet aileron comprend la lame de l'hémorroïdale moyenne (aileron rectal des classiques) et la lame recto-sacrée. Le doigt peut facilement passer au-dessous de la lame recto-sacrée allant du décollement postérieur dans le décollement latéral. Lier ce pédicule et le sectionner.

5° Section dernière de l'intestin. Enfouissement du bout distal.

Etablissement d'un anus abdominal définitif.

6° Péritonisation. Cette péritonisation est plus facile dans le sens transversal. Nous avons toujours pu la pratiquer sur le cadavre.

7° Suture de la paroi.

III. — TEMPS PÉRINÉAL

A l'aide des fils tracteurs tirer l'anus à droite, puis à gauche, pour sectionner le plus loin possible le releveur du côté gauche puis du côté droit. La section du coccyx ne nous semble pas toujours nécessaire. C'étaient là les dernières attaches du rectum qui tombe alors de lui-même.

EXAMEN DE LA PIECE

Elle comprend un pédicule postérieur hémorroïdal supérieur (*Fig. 20*);

Deux pédicules postéro-latéraux hémorroïdaux moyens (deux);

Et deux pédicules antérieurs. Lames sagittales de chaque côté (prostatiques).

La paroi antérieure montre :

La colerette péritonéale du cul-de-sac de Douglas;

La lame de Denonvilliers avec quelques grains glandulaires adhérents;

La section des lames sagittales;

La partie de vésicule séminale enlevée n'est pas visible, elle est englobée dans le tissu fibreux de la gaine, elle est d'ailleurs rejetée sur le côté;

Latéralement lame fibreuse au $\frac{1}{3}$ supérieur de laquelle on retrouve l'artère hémorroïdale moyenne. Au-dessus d'elle, la vésicule séminale;

En bas, un large bandeau de releveur;

En arrière, très légère lame fibreuse couvrant l'artère hémorroïdale supérieure.

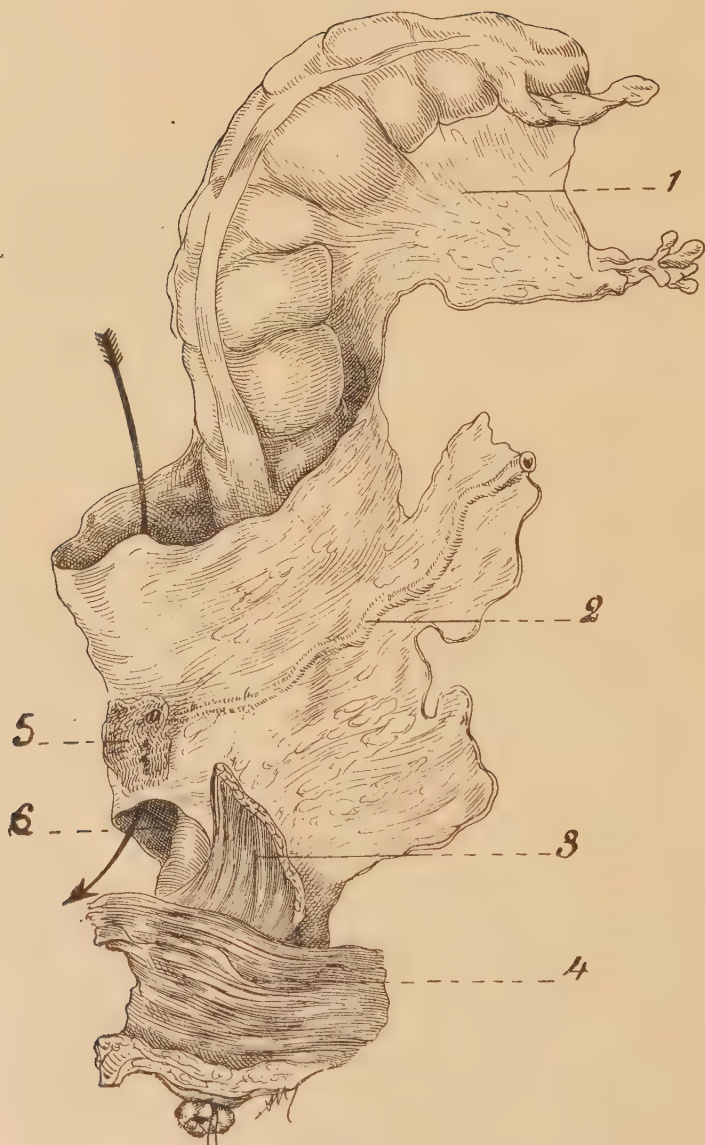


FIG. 20.

1. Mésosigmoïde. — 2. Artère hémorroïdale moyenne. — 3. Releveur de l'anus. — 4. Sphincter anal. — 5. Zone prostatique. — 6. La flèche pénètre dans le fond du cul-de-sac de Douglas puis en arrière de l'aponévrose prostatopéritonéale disséquée de la prostate. Elle indique le trajet du décollement classiquement conseillé dans l'abdomino-périnéale ou la périnéale qui laisse en place toute la partie antérieure de la gaine rectale.

CONCLUSIONS

I. — En ce qui concerne les facteurs de récidives, il est nécessaire de séparer deux groupes très dissimilaires de cancer rectal.

1° *Les cancers du rectum intrapéritonéal.* — L'exérèse est en général complète; l'envahissement *in situ* étant limité au péritoine. Les voies lymphatiques étant contenues dans l'épaisseur du méso-rectum, il suffit d'extirper le méso pour être complet. Par là cette variété du cancer rectal se rapproche beaucoup des cancers coliques. Il y a peut-être un abus clinique d'ailleurs à les considérer comme cancers rectaux. Il est facile et possible en ce qui les concerne d'être complet en faisant le minimum. Les résultats les meilleurs leur appartiennent. Les récidives peu fréquentes sont le plus souvent dues à l'abaissement du hile ganglionnaire envahi et insuffisamment extirpé.

2° *Les cancers du rectum sous-péritonéal.* — L'exérèse complète est très difficile. La gaine fibreuse du rectum constitue longtemps une barrière suffisante contre l'envahissement en largeur. L'atmosphère péri-

rectale comprise entre la gaine fibreuse et le rectum est par contre vite envahie, et cet envahissement tient aux nombreuses voies lymphatiques qu'elle contient. En outre, tout le long du rectum s'étagent des petits ganglions décrits par Gérota, premiers relais des lymphatiques rectaux. Ceux-ci sont rapidement envahis.

Cet envahissement purement local est plus précoce que l'envahissement ganglionnaire à distance et nécessite l'exérèse de l'atmosphère périrectale toujours suspecte avec la gaine fibreuse qui la contient.

Ces notions sont, croyons-nous, particulièrement importantes pour les cancers antérieurs. L'aponévrose de Denonvilliers constitue une barrière suffisante entre le territoire lymphatique génital et le territoire lymphatique rectal. Les connexions lymphatiques existant entre le rectum et le vagin et le rectum et la prostate sont tronculaires et non viscérales, et ne sauraient être considérées que comme des voies secondaires. Mais entre le rectum et l'aponévrose de Denonvilliers se trouve un plexus lymphatique serré qui constitue une voie de diffusion importante. Cet envahissement est très souvent la cause des récidives dans les cancers antérieurs. Il est nécessaire de les extirper en comprenant dans l'extirpation la barrière antérieure de propagation. En effet, l'exérèse large pratiquée d'emblée a fourni des résultats éloignés très encourageants. Les interventions secondaires pour récidives antérieures ont donné des survies qui peuvent être considérées comme des guérisons définitives.

Par contre, les cancers postérieurs donnent de meilleurs résultats éloignés. Ceux-ci sont dus à la plus grande facilité d'exérèse de la gaine rectale à ce niveau.

II. - Les tendances actuelles comportent une plus grande extension circonférentielle de l'exérèse : nous préciserons cette extension en la subordonnant à l'exérèse de la gaine rectale.

Pour pratiquer l'extirpation du rectum cancéreux deux principaux procédés sont en présence.

La périnéale. — Celle-ci a donné d'excellents résultats éloignés. Dans cette opération, il est facile de passer en dehors de la gaine rectale en arrière et latéralement; il suffit de couper les releveurs très en dehors. Mais l'aponévrose de Denonvilliers ou le fascia recto-vaginal restent en place. C'est là un facteur important de récidence dans les cancers antérieurs. D'autre part, cette opération ne permet pas une exérèse suffisamment étendue en hauteur si le hile lymphatique est envahi.

L'abdomino-périnéale permet une extirpation plus étendue du rectum en hauteur. Opératoirement, l'incision au fond du cul-de-sac de Douglas conduit dans l'intérieur de la gaine rectale. Latéralement, il est facile de s'y laisser conduire. C'est même là une voie de décollement toute naturelle. Il est nécessaire pour enlever la paroi latérale de la gaine de sectionner

entre ligatures l'artère hémorroïdale moyenne et de pratiquer le décollement latéral après cette section. Cette ligature de l'artère hémorroïdale moyenne dans ces conditions est délicate. Personnellement nous pensons plus certain de repérer les uretères, puis d'effondrer au-dessous d'eux la lame fibreuse de l'ombilicale. Le décollement suit alors la face externe de la gaine fibreuse jusqu'au plancher pelvien. On isole ainsi quatre pédicules rectaux, deux postérieurs (les ailerons) contenant l'artère hémorroïdale moyenne ; deux antérieurs (lames sagittales) contenant des artères prostatiques. La section de ces pédicules libère la gaine rectale de ses attaches.

Dans les cancers antérieurs, nous croyons nécessaire d'extirper la limite antérieure de propagation. Pratiquer chez la femme l'opération décrite par M. Schwartz. Chez l'homme, passer en avant de l'aponévrose de Denonvilliers. Les vésicules séminales sont partiellement intéressées dans cette opération, sauf dans le cas (peu fréquent) où elles sont courtes et accolées à la vessie.

L'abdomino-périnéale apparaît comme une opération très incomplète, si l'on ne passe pas en dehors de la gaine rectale. Cette fausse route est moins facile à commettre par voie périnéale. Les bons résultats de cette opération en sont la preuve. Mais la périnéale est insuffisante quand le hile lymphatique de l'hémorroïdale supérieure est envahi. L'abdomino-périnéale large offre plus de sécurité à ce sujet.

Ces opérations sont évidemment très graves. Leur mortalité est très élevée. Mais est-il préférable de pratiquer une opération apportant plus de risques de récurrence, mais moins choquante ? Il y aurait d'ailleurs peut-être lieu de faire intervenir dans cette gravité des facteurs étrangers à la technique pure : le principe de l'abaissement par exemple, les cas de récurrences opérés et d'opération large primitive n'ayant pas comporté cet abaissement ont été suivis tous de guérison opératoire.

Vu Bon à imprimer :
Le Président de Thèse.
CUNÉO.

Vu et PERMIS d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
APPELL.

Vu :
Le Doyen,
ROGER.

BIBLIOGRAPHIE

Nous n'indiquons que la bibliographie consultée, renvoyant pour la bibliographie complète à la monographie de MM. CHALIER et MONDOR.

I° PATHOLOGIE

- ALBERTIN. — Ablation en un bloc de la masse recto-utéro-annexielle et du tissu cellulaire périphérique comme méthode opératoire dans le cancer du rectum chez la femme. Voie abdomino-périnéale. (*Lyon Chirurgical*, 1^{er} février 1911, t. V, p. 109.)
- Amputation abdomino-périnéale du rectum. (*Soc. de Chirurgie de Lyon*, 7 février 1907; *Lyon Médical*, 5 mai 1907, p. 870.)
- Ablation abdomino-périnéale d'un cancer du haut rectum. Guérison. (*Lyon Médical*, 1911, CXVII, p. 1217.)
- ARNOLD. — Observation de 35 cas d'extirpation du cancer du rectum faite par Kocher avant 1890 (Beitrag zur Statistik des Rectums Carcinome : *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie* Bd 32.)
- BÉRARD. — Guérison d'un cancer du rectum opéré il y a 14 ans. (*Lyon Médical*, 1921, p. 591.)
- BERGER (P.). — Sur la technique et les résultats de l'extirpation du rectum cancéreux. (*Bulletin de la Société de Chirurgie Paris*, 1901.)
- BOEKEL. — XI^e Congrès Français de Chirurgie 1897, p. 609-

625. Résultats éloignés de l'extirpation du rectum et de l'S iliaque d'après une statistique comprenant 50 observations personnelles.
- CATTERINA. — Cancer du rectum et du vagin. (*La Clinica Chirurgica*, t. XXI, n° 8, 31 août 1913.)
- CHALIER et PERRIN. — Résultats immédiats et éloignés de l'opération combinée dans le cancer du rectum. (*Lyon Chirurgical*, mars 1913.)
- CHALIER (A.). — Le traitement chirurgical du cancer du rectum. (*Thèse de Lyon*, 1909.)
- Résultats immédiats et éloignés de l'opération combinée dans le cancer du rectum. (*Lyon Chirurgical*, février-mars 1913.)
- CHALIER et MONDOR. — Le cancer du rectum, 1923. (*Doin à Paris*.)
- CHALOT. — *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 1896.
- CHAPUT. — Résultats éloignés du cancer du rectum. (*Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 13 mars 1902.)
- CHRISTEM (W.). — Beitrag zur Statistik und operationen Behandlung des Mastdarmkrebses. (*Beitr. zur Klin. Chir.*, 1900.)
- CLÉMENT. — *Société Médicale de la Suisse Romande*, 1907.
- COLE. — L'évolution intrapariétale du cancer du rectum. (*The British Medical Journal*, mars 1913.)
- CZERNY (W.). — Jahresbericht der Heidelberger Chirurgischen Klin. für 1899. (*Beitr. Z. Klin. Chir.*, 1900, T. 29.)
- *Idem*, für 1903. (*Beitr. Z. Klin. Chir.*, 1904, T. 43.)
- DEJEUX. — De l'Hystérectomie abdominale totale dans le cancer recto-sigmoïdien chez la femme. (*Thèse de Lyon*, 1908.)
- DELBET (Paul). — Cancer de la portion ampullaire du rectum ; 15 février 1901. (*Presse Médicale*, p. 133.)
- DELORE et CHALIER. — De l'extirpation périnéale des cancers de l'anus et du rectum. (*Revue de Chirurgie*, mai 1907.)

- DEPAGE. — Résultats éloignés de la résection du rectum pour cancer. (*Congrès Français de Chirurgie* 1897, p. 132.)
- Note sur les résultats éloignés de la résection du rectum en cas de cancer. (*XVII^e Congrès Français de Chirurgie*, 1904, p. 533.)
- Cancer du rectum. (*Journal de Médecine de Bruxelles*, 1911.)
- DEPAGE et MEYER. — Cancer du rectum. (*Soc. Belge de Chir.* octobre 1912.)
- DUVAL. — *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 1920, n° 21.
- EICHHOFF. — Résultats du traitement chirurgical du cancer du rectum. (*Beitrag zur Klinische Chirurgie*, 1922. Tome CXXV, fasc. I, p. 17-75.)
- FORGUE. — Du choix de l'intervention dans les cancers haut situés du rectum. (*Revue de Chirurgie*, 1903.)
- GAUDIER. — Présenté par Quénu. De l'extirpation sacro abdominale du rectum cancéreux en deux temps. (*Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 4 novembre 1896, p. 270, 680.)
- GOLDSCHMIED. — Resultate der Radik.-operationen des Mastsdarmkrebses bezüglich der Erhaltung des Kontinenz. (*Wiener Klin. Wochenschrift*, 9 avril 1914.)
- GOULLIoud. — Amputation totale du rectum par la voie abdomino-périnéale. (*Lyon Médical*, 1903.)
- De l'amputation abdomino-périnéale du rectum. Résultats éloignés. (*Congrès Français de Chirurgie*, 1907, p. 352-360.)
- Amputation abdomino-périnéale du rectum avec hystérectomie. (*Société de Chirurgie de Lyon*, 30 janvier 1908 (*Lyon Médical*, 29 mars 1908, p. 707.)
- Amputation abdomino-périnéale du rectum avec hystérectomie concomitante. (*Lyon Chirurgical*, 1^{er} février 1911, t. V, p. 154.)
- GOULLIoud et FAYSSE. — De l'amputation abdomino-périnéale

- du rectum cancéreux. (*Revue de Chirurgie*, juin 1905, Paris ; *Revue Médicale de l'Est*, 1903.)
- HANDLEY. — L'extension du cancer rectal. (*The British Medical Journal*, n° 2724, 15 mars 1913.)
- HARTMANN. — *Bulletin et mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1902. De l'opération élargie dans le cancer du rectum. (*Congrès de Chirurgie*, octobre 1913, p. 655 ; *Presse Médicale*, 25 avril 1909.)
- HARTMANN et QUENU. — *Chirurgie du rectum*, Paris, Steinheil, 1899.
- HASSLER. — Contribution à l'étude des récidives dans le cancer du rectum. (*Thèse Lyon*, 1913-1914, n° 24.)
- HESLOP. — La dissémination du cancer du rectum. (*The British Medical Journal*, n° 2774, février 1914.)
- HEYDENREICH. — *Congrès Français de Chirurgie*, 1897, p. 625.
- ISELIN. — Sur l'extirpation du cancer prostatorectal. (*Presse Médicale*, janvier 1922, p. 60.)
- KOCHER. — Excision du rectum carcinomateux. (*In Chirurgische operations lehre*, traduction française, p. 426.)
- KOHLER. — Contribution à l'étude du cancer du rectum. (*Münchener medizinische Wochenschrift*, 1922, t. XIX, n° 20, p. 738-739.)
- KRONLEIN. — Résultats des opérations pour cancer rectal. (*Verhandl. Der. Deuts. Gesellsch. F. Chir.*, 1900, p. 326.)
- LAGOUTTE. — Ablation abdomino-périnéale du rectum après hystérectomie en un seul temps. (*Lyon Médical*, 22 décembre 1907, p. 1068.)
- LECÈNE et MONDOR. — Cancer très étendu du rectum : Extirpation abdomino-périnéale. (*Bull. de la Soc. Anatom. de Paris*, 1911, p. 349.)
- LEGUEU. — Résultats après dix ans d'une opération de Kraske pour cancer du rectum. (*Bulletin de la Soc. de Chir. de Paris*, 1909.)
- LENORMANT. — Les indications de l'hystérectomie dans la

- cure chirurgicale du cancer du rectum chez la femme.
(*Presse Médicale*, 1911, p. 138, n° 24.)
- LIEBMANN. — Über die Vaginale Methode der Mastdarm Operationen. (*Beitrage zur Klin. Chir. Bd 19.*)
- MARTIN (W.). — *Annals of Surgery*, juin 1912, p. 900.
- MAYO (W.). — *Annals of Surgery*, août 1912, p. 240.
- MARTIN DU PAN. — Contribution à l'étude du cancer du rectum. (*Revue de Chirurgie*, Paris, 1906.)
- MILES. — The Treatment of carcinome of the rectum and pelvic colon. (*Med. Presse and Circ.*, 1911, p. 656.)
- A method of performing abdomino-perineal excision for carcinome of the rectum and the terminal portion of the pelvic colon. (*Lancet*, 19 décembre 1908, p. 1812.)
- MONDOR. — *Thèse de Paris*, 1914-1915, n° 11.
- MONTSARRAT-WILLIAUD. — Extension intrapariétale du cancer du rectum. (*The British Journal of Surgery*, t. I, n° 2, octobre 1913, p. 251.)
- PAUCHET. — *Presse Médicale* 1920.
- PEAN. — Traitement opératoire du cancer du rectum (*IX^e Congrès Français de Chirurgie*, 1897, p. 597.)
- PETERSEN et COLMERS. — Anatomische und klinische untersuch. über die Magen und Darm. carcinome (Aus der Heidelberger chir. Klinik des Prof. Czerny). (*Beitr. Z. Klin. Chir.*, 1904.)
- POPPERT. — Diskussion über die operations methode der Mastdarm Krebse. (*Verhandlung der Deutsche gesellschaft f. Chirurgie*, XXXV^e Congrès 1906, p. 136.)
- QUEUX. — Technique opératoire pour l'amputation du rectum cancéreux. (*Bulletin de la Société de Chirurgie*, 24 février 1897, p. 163.)
- Rapport sur les indications opératoires et traitement du cancer du rectum. (*Congrès Français de Chirurgie*, 1897.)
- Technique de l'opération prostates-rectale. (*Congrès de*

Chirurgie, 1897, p. 541, et *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1897, p. 160.)

- Extirpation sacro-abdominale du rectum cancéreux en deux temps. (*Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 1896, p. 977.)
- Résultats de l'extirpation du rectum par la voie abdomino-périnéale. (*Bulletin de la Société de Chirurgie*, juin 1898, Paris.)
- Des résultats éloignés de l'extirpation du rectum cancéreux par voie abdomino-périnéale chez la femme. (*Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 6 juillet 1902, p. 812.)
- Extirpation abdomino-périnéale d'un cancer du rectum. (*Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 1901, p. 185.)
- *Chirurgie du rectum*, t. I, Steinheil, 1895, Paris.
- Discussion sur le procédé de Schwartz sur les cancers du rectum. (*Bulletin de la Société de Chirurgie*, Paris, 1920, n^{os} 26-27-29.)
- Extirpation du rectum cancéreux. (*Presse Médicale*, 9 novembre 1895, et *Presse Médicale*, 1897, n^o 50.)
- QUENU et BAUDET. — Extirpation du rectum cancéreux par la voie périnéale. Technique. (*Revue de Gynécologie*, 1898, p. 847.)
- REHN. — Resectio recto-vaginales. (*Centralblatt. f. Chirurgie*, 9 mars 1895, p. 241-244.)
- RICHARD. — Résultats éloignés de l'extirpation du rectum cancéreux chez la femme après hystérectomie abdominale totale. (*Thèse Lyon*, 1921.)
- ROCHET. — *Thèse de Nancy*, 1907-1908.
- RONCHET. — De l'amputation abdomino-périnéale du rectum cancéreux. (*Thèse de Lyon*, 1907.)
- ROUHIER. — Extirpation par voie combinée des cancers recto sigmoïdiens particulièrement chez l'homme. (*Thèse de Paris*, 1911.)

- SASSE. — Zur kombinierten abdomino sacralen, perinealen bezw vaginalen Methode der extirpation hochsitzender Mastardm und colon pelvinum carcinome. (*Deutsch. mediz. Wochenschrift*, 1903.)
- SAUTELET. — Amputation périnéale du rectum par le procédé d'Hartmann. (*Thèse de Paris*, 1903-1904, n° 491.)
- SAVARIAUB. — Rapport à la *Société de Chirurgie de Paris*, février 1924.
- SCHWARTZ. — Ablation du rectum et du colon pelvien avec hystérectomie totale pour un cancer du rectum avec propagation de l'utérus. (*Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 1903, p. 1148.)
- *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 24 juin 1914.
- *Bulletin de la Société de Chirurgie*, novembre 1920.
- Traitement du cancer du rectum. (*Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, nos 34 et 35, 1920.)
- TIXIER. — De l'hystérectomie totale abdominale dans le traitement du cancer du rectum et du colon pelvien. (*II^e Congrès International de Chirurgie, Bruxelles*, 1908. p. 208-211.)
- Sur le cancer du haut rectum et du bas colon pelvien. (*Lyon Médical*, 14 avril 1907.)
- VUICHAUD. — Résultats éloignés du traitement opératoire du cancer du gros intestin et du rectum. (*Thèse Lausanne*, 1913.)

2° ANATOMIE

- ALBARRAN. — Médecine opératoire des voies urinaires. (*Masson, Paris*, 1909.)
- BARTELS. — Das lymphgefässsystem, in *Handbuch des Anatomie des Menschen* herausgegeben von Bardeleben, Jena, 1909.
- BUDDE (Moritz). — Untersuchungen über die Lagebeziehungen und die Form der Harnblase bei Menschlichen foetus. (*Inaugural Dissertation Marburg*, 1901.)

- CAMINITI. — Recherches sur les lymphatiques de la prostate. (*Annales des Maladies des organes génito-urinaires*, 1905, p. 144.)
- CUNÉO et VEAU. — De la signification morphologique des aponévroses périvésicales. (*Journal de l'Anatomie et de la Physiologie*, Paris, 1899.)
- CUNÉO. — Lymphatiques pelviens. (In *Traité d'Anatomie humaine* : Poirier, Charpy, Nicolas, t. II, Masson, Paris, 1909.)
- DELBET (Paul). — In *Traité d'Anatomie humaine* : Poirier Charpy Nicolas, t. V, Paris, Masson, 1923.)
- DENONVILLIERS. — *Thèse de Paris*, 1837.
- DIEULAFÉ et AVERSENQ. — La capsule prostatique et les feuilletés péri-prostatiques. (*Archives médicales de Toulouse*, 1^{er} juillet 1910.)
- FAYSSÉ. — Prostatectomie périnéale. (*Thèse de Lyon*, 1904.)
- HOVELACQUE (A.). — Appareil génital de la Femme. (In *Traité d'Anatomie humaine* : Poirier, Charpy, Nicolas, t. V, Masson, Paris, 1923.)
- JONNESCO. — Rectum. (In *Traité d'Anatomie humaine* : Poirier, Charpy, Nicolas, t. IV, Masson, Paris, 1912.)
- MORAU. — Remarque sur les vaisseaux lymphatiques des organes génitaux de la femme et leurs anastomoses avec ceux du rectum, Clermont (Oise), imprimerie Daix, 1895. (*Soc. Médicale du IX^e arrondissement*, 10 janvier 1895.)
- OMBRÉDANNE. — *Les lames vasculaires dans l'abdomen, le bassin et le périnée*, Asselin et Houzeau, Paris, 1900.
- POIRIER (P.). — Lymphatique des organes génitaux de la femme. (*Progrès Médical*, 1890.)
- PROUST. — *Manuel de la prostatectomie périnéale pour hypertrophie*, Naud, Paris, 1903.
-

TABLE DES MATIÈRES

	pages
INTRODUCTION	13
CHAPITRE PREMIER :	
Relations entre les lymphatiques de l'ampoule rec- tale et les lymphatiques des organes génitaux adjacents	17
CHAPITRE DEUXIÈME :	
Vérifications anatomo pathologiques.....	29
CHAPITRE TROISIÈME :	
Constatations cliniques	47
1° Longue survie sans récurrence.....	47
2° Récurrences réopérées ; nature de l'intervention ; survies consécutives	86
3° Récurrences non réopérées ; analyse des raisons de ces récurrences.....	110
CHAPITRE QUATRIÈME :	
La gaine fibreuse du rectum.....	143
1° Anatomie de la gaine fibreuse du rectum....	144
2° L'exérèse du rectum avec sa gaine fibreuse chez l'homme	154
CONCLUSIONS	167
BIBLIOGRAPHIE.....	172

